

入会申込書

入会年月日（医師会使用欄）

平成 年 月 日

日本医師会用

入会する医師会

（医師会使用欄）

日本医師会

福岡

都道府県
医師会

小郡三井

都市区医師会・
その他の医師会

「1」、「6」、「12」、「13」、「15」、「16」、「21」は「記入上の注意」をよく読んで、記入してください。
「7」は、都道府県知事に届け出た正式名称を記入してください。

1.入会区分

1 ⑤ 3

異動前の医師会
（入会区分で2に〇した方）

福岡

都道府県

朝倉

都市区医師会・
その他の医師会

2.医籍登録番号

第 299002 号

6.会員区分

日医

A①

A②
⑤

A③
C

B

C

3.氏名

フリガナ 77オカ
（姓） 福岡

（名） 弘晃

福岡

4.生年月日

1.明治 2.大正 3.昭和
34年 10月 30日

5.性別

①男
2.女

都市区
その他

7.所属施設名
（正式名称）

フリガナ マルヤクバクイン
丸山病院

8.施設所在地

TEL 0942 (73) 0011 FAX 0942 (73) 0014
838-0113
福岡 都道府県 小郡市山隈字弥八郎273-11

9.自宅現住所

TEL 090 (5367) 4052 FAX ()
839-0862
福岡 都道府県 久留米市野中町703-1 サザンエスアール605

10.文書送付先

1.施設所在地 2.自宅現住所

11.電子メールアドレス

29oka.16aki@kmh.biglobe.ne.jp

12.開設主体

09

13.施設・業務

24

14.病床の有無

①有 2.無

有床の場合→

許可病床数

205床

15.併設の施設

介護保険施設

その他 ()

16.診療科名

主たる科名 ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
0 / 03

17.出身校

神戸大学 医学部

18.卒業年月

1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成 61年 3月

19.医籍登録日

1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成 61年 5月 27日

20.学位取得

1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成 年 月

21.所属学会

① ② ③ ④
122

22.指定医

保険医 母体保護法 精神保健 その他

※「記入上の注意」にそって、かならずご本人が記入してください。数字は右詰で記入してください。

履 歴 書

平成24年10月12日現在

ふりがな ふくおか ひろ 晃	*男・女
氏名 福岡 弘晃	印 
*大正・昭和 34年10月30日生 (満 52才)	本籍 兵庫 *都道府県
ふりがな ふくおか のりあき	連絡先電話番号
現住所 (〒839-0862) 下宿米市野中町703-1 サザンコート下宿米605	市外局番(090) 5367-4052

写真を貼る位置

1.縦 36~40 mm

横 24~30 mm

2.本人単身胸から上

3.裏面のりつけ

年	月	学歴・職歴(医学部卒業から記載して下さい 勤務歴もお願いします)
昭和61	3	神戸大学医学部卒業
昭和61	5	神戸大学医学部附属病院 第二外科
62	7	兵庫県立淡路病院 外科
63	10	愛仁会 高槻病院 小児科
平成元	7	甲南病院 外科
2	1	香川医科大学 第二生理学 以上、神戸大学医学部 医局派遣
平成4	1	市立岡崎病院 循環器科
7	10	中津川市民病院 〃
11	3	岡崎市民病院 〃
12	8	新城市民病院 〃
		以上、名古屋大学医学部 医局派遣
平成13	4	福岡和台病院 内科
14	9	福岡青洲会病院 循環器科
17	3	長野県立病院 内科
18	5	如本会 今村病院 循環器科
19	4	天神会 古賀病院21 回復期担当
20	6	青洲会クリニック 内科全般
22	9	相永病院 内科全般
24	10	豊泉会 丸山病院

記入注意 1.*印のところは○で囲む 2.鉛筆以外の青または黒の筆記具で記入

年	月	公 役 職 歴
		なし

家 族	氏名	続柄	生年月日

専門医・認定医
なし

医師免許証	取得年月日 昭和61年5月27日	番号 299002
-------	------------------	-----------

保険医登録	記号番号 福生 43246
-------	---------------

年	月	賞 罰 歴
		なし

趣味・特技など