

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 ② 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 京都 都市区医師会・その他の医師会

2. 医籍登録番号 第 4422 号 6. 会員区分 日医 A① A② A③ B C 都道府県 都市区その他

3. 氏名 フリガナ キムラ ヒロオ (姓) 木村 (名) 豪雄

4. 生年月日 1. 明治 2. 大正 ③ 昭和 35 年 12 月 27 日 5. 性別 ① 男 2. 女

7. 所属施設名（正式名称） フリガナ リョウホウジン セイワカイ セイワキネンビョウイン 医療法人 せいわ会 聖和記念病院

8. 施設所在地 TEL 0942 (75) 1230 FAX 0942 (75) 7516 838-0102 福岡 都道府県 小郡市津古字半女子 1470番地 α 1

9. 自宅現住所 TEL () FAX () 福岡 都道府県 福岡市中央区薬院 2-5-39-601号

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

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 195 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 01

17. 出身校 福岡大学 医学部 18. 卒業年月 1. 明治 2. 大正 ③ 昭和 4. 平成 61 年 03 月

19. 医籍登録日 1. 明治 2. 大正 ③ 昭和 4. 平成 61 年 05 月 24 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 047087 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

年 月 日現在

ふりがな きむら へびみ	*男・女
氏名 木村 豪雄	印 
*大正・昭和 35年12月27日生 (満 51 才)	本籍 * 都道府県
ふりがな	連絡先電話番号
現住所 (〒 -) 福岡市中央区薬院2丁目5-39-601号	市外局番() -

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)
S61	3	福岡大学医学部 卒業
	6	福岡大学脳神経科 入局
H6	10	福岡大学脳神経外科 助手
H12	4	麻生飯塚病院 漢方診療科
	10	麻生飯塚病院 漢方診療科 医長
H13	4	ももち東洋クリニック 副院長(兼任)
H14	4	麻生飯塚病院 漢方診療科 診療部長
H16	4	ももち東洋クリニック 院長(兼任)
H24	4	医療法人せいめい会 聖和記念病院

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

家 族	氏名	続柄	生年月日

専門医・認定医	
日本脳神経外科学会 専門医	
日本東洋医学会 専門医 指導医	

医師免許証	取得年月日 昭和61年5月24日	番号 4422
-------	------------------	---------

保険医登録	記号番号 福医27660
-------	--------------

年	月	賞 罰 歴

趣味・特技など