

入会申込書

入会年月日（医師会使用欄）

平成 年 月 日

日本医師会用品

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） 佐賀 都道府県 唐津東松浦 都市区医師会・その他の医師会

2. 医籍登録番号 第 2 0 8 9 8 9 号 6. 会員区分 日医 A① A② A③ B C 都道府県 福岡

3. 氏名 フリガナ ヒラ / マコト (姓) 平野 (名) 誠 都道府県 福岡

4. 生年月日 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 19 年 8 月 5 日 5. 性別 ① 男 2. 女 都市区その他 小郡三井

7. 所属施設名（正式名称） フリガナ リョウホウジン カクシンカイ カマチ ビョウイン 医療法人格心会 蒲池病院

8. 施設所在地 TEL 0942 (72) 2007 FAX 0942 (72) 3688 838-0141 福岡 都道府県 小郡市小郡 1342 番地の1

9. 自宅現住所 TEL 092 (925) 7381 FAX () 818-0121 福岡 都道府県 太宰府市青山 2丁目 4-23

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 shiho@kamachi-hp.jp

12. 開設主体 09 13. 施設・業務 23

14. 病床の有無 ① 有 2. 無 有床の場合→ 許可病床数 148 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 1 4 1 5

17. 出身校 九州大学医学部 18. 卒業年月 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 45 年 7 月

19. 医籍登録日 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 45 年 11 月 30 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 ④ 023 22. 指定医 保険医 母体保護法 精神保健 その他

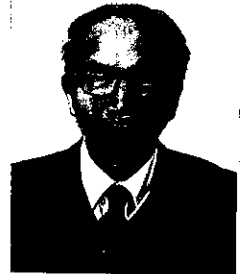
※「記入上の注意」にそって、かならずご本人が記入してください。数字は右詰で記入してください。

3-3

履 歴 書

平成23年4月1日現在

ふりがな ひらの まこと	※ (男) ・ 女
氏名 平野 誠	印 
※ 大正・昭和 19年 8月 5日 生	本籍 ※ 都道
(満 67才)	福岡 府県
ふりがな ふくおかけん だざいふし あおやま	連絡先電話番号
現住所(〒 818-0121)	市外局番(092)
福岡県太宰府市青山2丁目4-23	925-7381



年	月	学歴・職歴(医学部卒業から記載して下さい 勤務暦もお願いします)
昭和45	7	九州大学医学部 卒業
45	11	九州大学医学部附属病院精神神経科 臨床研修医
47	4	国立肥前療養所 医員
54	1	同 医長
61	10	同 臨床研究部生化学室長
平成3	4	同 副所長
14	4	同 所長
16	4	国立病院機構肥前精神医療センター 院長
22	3	同 定年退官
22	4	肥前精神医療センター 名誉院長
22	5	医療法人優なぎ会森本病院 医師
24	3	同 退職
24	4	医療法人格心会蒲池病院 院長

記入注意 1. ※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
		佐賀県教育関係職員精神神経科健康診断審査委員会委員長
		佐賀県教育委員会メンタルヘルス対策委員会委員
		佐賀県労働局労災補償課精神障害専門部会委員
		佐賀県自立支援医療費支給認定及び精神障害者保険福祉手帳判定委員会委員
		佐賀県発達障害者支援連絡協議会(議長)
		佐賀大学医学部臨床教授

家 族	氏名	続柄	生年月日
	平 野 寛 子	妻	昭和23年7月26日
	平 野 文 慧	長女	昭和62年7月7日

専門医・認定医	
精神保健指定医	登録番号 5858
精神科専門医	平成19年4月1日

医師免許証	取得年月日 昭和45年11月30日	番号 208989
-------	-------------------	-----------

保険医登録	手続中 (前 佐医 3105)
-------	-----------------

年	月	賞 罰 歴
		ございません

趣味・特技など 趣味 : ガーデニング
