

入会申込書

日本医師会用

入会年月日（医師会使用欄）

平成 年 月 日

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

小郡三井

都市区医師会・
その他の医師会

2.医籍登録番号

第 3 0 6 0 1 / 号

6.会員区分

日医 A① A② A③ B C

3.氏名

フリガナ ミヨシ
（姓） 三好

ケンイチ
（名） 賢一



4.生年月日

1.明治 2.大正 ③昭和 37年 3月 21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 マシロ ビョウイン
神代病院

8.施設所在地

TEL 0942 (78) 3177 FAX 0942 (78) 3918
830-1102
福岡 都道府県 久留米市北野町八重尾 382-1

9.自宅現住所

TEL 0942 (75) 8184 FAX ()
838-0102
福岡 都道府県 小郡市津古 487 番地 8

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

kumasiro@svu.or.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

100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
29

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 62年 3月

19.医籍登録日

1.明治 2.大正 ③昭和 4.平成 62年 5月 20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
025

22.指定医

①保険医 ②母体保護法 ③精神保健 ④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

H24年5月1日現在

ふりがな み よし けん いち	*男・女	
氏名 三好 賢一	印 (三好)	
*大正・昭和 37年3月2日生 (満50才)	本籍 福岡 *都道府県 福岡	
ふりがな ふくおかけんおじおしつ	連絡先電話番号	
現住所 (〒838-0102) 福岡県小郡市津左 487-8	市外局番(0942) 75-8184	

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)
1987	3	九州大学医学部卒業
1987	6	浜の町病院(整形外科・泌尿科)
1988	6	九州大学病院(整形外科)
1991	6	三信会原病院(整形外科)
1992	6	社会福祉法人佐賀睦月会(整形外科)
1993	10	九州大学病院(整形外科・リハビリ科)
1995	9	医療法人賛心会姫野病院(整形外科)
1997	2	医療法人元湯会吉井病院(整形外科)
2000	5	岡垣記念病院(整形外科)
2006	6	神代病院(整形外科)
2011	10	福田病院(整形外科)

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
	三 好 弘 子	妻	昭和39年8月17日
	三 好 弘 美	子	平成6年7月27日
	三 好 由 美	子	平成15年1月28日

専門医・認定医
日本整形外科学会 (専門医)

医師免許証	取得年月日 昭和62年5月23日	番号 306011
-------	------------------	-----------

保険医登録	記号番号 福医 34265
-------	---------------

年	月	賞 罰 歴

趣味・特技など