

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

郡市区医師会・
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○した方）

福岡

都道
府県

小郡三井

郡市区医師会・
その他の医師会

2. 医籍登録番号

第 3 6 3 0 7 8 号

6. 会員区分

日医

A①

A②

A③

B

C

都道
府県

郡市区
その他

3. 氏名

フリガナ 高田

（姓） 高田

（名） 晃男

晃男

（印）

4. 生年月日

1. 明治 2. 大正
③ 昭和

4 3 年

7 月

8 日

5. 性別

① 男
2. 女

7. 所属施設名
（正式名称）

フリガナ マシロ コウイン

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

八重亀

382-1

9. 自宅現住所

TEL 0942 (38) 0648

FAX ()

839-0801

福岡

都道
府県

久留米市

宮1

陣4-8-30

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

akiotakata78@gmail.com

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

0 4

0 1

17. 出身校

久留米大学医学部

18. 卒業年月

1. 明治 2. 大正
3. 昭和 ④ 平成

6 年

3 月

19. 医籍登録日

1. 明治 2. 大正
3. 昭和 ④ 平成

6 年

5 月

2 日

20. 学位取得

1. 明治 2. 大正
3. 昭和 ④ 平成

23 年

1 月

21. 所属学会

①

②

③

④

0 1 7

0 4 5

0 6 2

0 7 7

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 たかたあさお	*男・女	
氏名 高田 晃男	印 	
*大正・昭和 43年7月8日生 (満 43才)	本籍 福岡 * 都道府県	
ふりがな ふくおかけんくみん、みやのじん	連絡先電話番号	
現住所 (〒 819-0801) 福岡県久留米市宮1陣4-8-30	市外局番(0942) 38-0648	

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)
1994	3	久留米大学医学部卒業
1994	4	久留米大学病院 第二内科入局
1996	4	社会保険田川病院 内科勤務
2001	4	久留米大学病院 高度救急救命センター勤務
2002	10	久留米大学病院 消化器内科勤務
2012	3	久留米大学病院 消化器内科退局
2012	5	医療法人三井会 神代病院 入職

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
2002	10	消化器内科 助教

	氏名	続柄	生年月日
家 族	高田 由香	妻	1975年 3月30日
	高田 和香奈	子	2004年 9月19日
	高田 沙耶香	子	2006年 10月4日

専門医・認定医
日本内科学会総合専門医、超音波学会専門医指導医、肝臓病学会専門医、消化器病学会専門医、消化器内視鏡学会専門医

医師免許証	取得年月日 平成6年5月2日	番号 363078
-------	----------------	-----------

保険医登録	記号番号 福延 26909
-------	---------------

年	月	賞 罰 歴
2011	11	学位修得

趣味・特技など 趣味、卓球、野球、ホビー
