

入会申込書

入会年月日（医師会使用欄）

平成 24 年 7 月 4 日

日本医師会

入会する医師会

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

（医師会使用欄）

※「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。

「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） 大令 都道府県 福岡 都市区医師会・その他の医師会

2. 医籍登録番号 第 210699 号 6. 会員区分 日医 A① (A②) (B) (C) B C

3. 氏名 フリガナ オオツバ ヨシカズ (姓) 大塚 (名) 芳和 印 都道府県 福岡

4. 生年月日 1. 明治 2. 大正 ③ 昭和 21 年 12 月 5 日 5. 性別 ① 男 2. 女 都市区医師会 福岡

7. 所属施設名（正式名称） フリガナ 医療法人社団豊泉会 丸山病院

8. 施設所在地 TEL 0942 (73) 0011 FAX 0942 (73) 0014 838-01113 福岡 都道府県 小郡市山隈273-11

9. 自宅現住所 TEL 0924 (08) 8263 FAX 0924 (08) 8263 818-00316 福岡 都道府県 筑紫野市光が丘5-7-6

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 bonchan@elf.coara.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 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 7 0 1

17. 出身校 日本大学医学部 18. 卒業年月 1. 明治 2. 大正 ③ 昭和 4. 平成 46 年 3 月

19. 医籍登録日 1. 明治 2. 大正 ③ 昭和 4. 平成 46 年 6 月 18 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 ④ 103 056 099 22. 指定医 ① 保険医 母体保護法 精神保健 その他

履 歴 書

2012年7月4日現在

ふりがな おお ちや ふし せす	*男・女	
氏名 大塚芳和	印 	
*大正・昭和 21年12月5日生 (満65才)	本籍 大分 * 都道府県	
ふりがな	連絡先電話番号	
現住所 (〒818-0036) 筑紫野市光ヶ丘5-7-6	市外局番(092) 408-8263	

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46	3	日本大学医学部卒業
昭46	5	国立別府病院 研修医
昭48	4	厚生技官
昭56	5	退官
同4	5	大塚病院 副院長として入職
		その後、院長、理事長を経て
平成21	8	大塚病院を退職
平成21	12	今村病院に勤務(入職)
平成23	12	を退職
平成24	6	丸小病院に入職

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
昭 和 50 年		白根市 大分県立白根商業高等学校 校長
昭 和 50 年		国分府 看護学校 講師

	氏 名	続 柄	生年月日
家 族	大塚 由記子	妻	昭和22年10月17日

専門医・認定医	
日本麻酔学会	標準医
日本東洋医学会	専門医
日本内科学会	専門医
日本臨床内科医会	専門医

医師免許証	取得年月日 昭和46年6月18日	番号 210699
-------	------------------	-----------

保険医登録	記号番号 令医2255
-------	-------------

年	月	賞 罰 歴
		なし

趣味・特技など
音楽(ピアノ・クラシック) 鑑賞 絵画 収集・鑑賞