

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○した方） 都道府県 都市区医師会・その他の医師会

2. 医籍登録番号 第 304784 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 トミヤス ヤスヲ (姓) 富安 (名) カツロウ 印

4. 生年月日 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 36 年 8 月 05 日 5. 性別 ① 男 2. 女

7. 所属施設名（正式名称） フリガナ イリウ ホウジン ヤマシタ ヒニョウキカ イイン 医療法人 山下泌尿器科 医院

8. 施設所在地 TEL 0942 (73) 5301 FAX 0942 (73) 5302 838-0141 福岡 都道府県 小郡市 小郡 1590-6

9. 自宅現住所 TEL 092 (926) 5494 FAX 092 (926) 5494 818-0035 福岡 都道府県 筑紫野市 美里 1-12-12

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 tomiyasu @ nag. bbq. jp

12. 開設主体 10 13. 施設・業務 14

14. 病床の有無 ① 有 2. 無 有床の場合→ 許可病床数 13 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 2 6

17. 出身校 宮崎医科大学 18. 卒業年月 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 62 年 03 月

19. 医籍登録日 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 62 年 05 月 20. 学位取得 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 15 年 03 月

21. 所属学会 ① ② ③ ④ 030100 22. 指定医 ① 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 とみ やす かっ ろう	* ☒ 男・女
氏名 富 田 克 郎	印 
*大正・ ☒ 昭和 36 年 4 月 5 日生 (満 才)	本籍 福岡 * 都道府県
ふりがな ちくしのしゅうつくしかおかきた	連絡先電話番号
現住所 (〒818-0035) 筑紫野市美しか丘北 1-12-12	市外局番 (092) 926-5494



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)
昭和62年	3月	宮崎医科大学医学部医学科卒業
昭和62年	4月	久留米大学助手 医学部泌尿器科講座
昭和62年	12月	国立小倉病院泌尿器科勤務
平成元年	4月	久留米大学医学部泌尿器科勤務
平成元年	7月	〃 麻酔科兼務
平成3年	1月	〃 人工臓器センター勤務
平成5年	4月	高邦会 高木病院泌尿器科部長
平成7年	4月	久留米大学医学部泌尿器科勤務
平成15年	8月	〃 講師
平成23年	7月	〃 准教授
平成24年	7月	山下泌尿器科医院 副院長
		現在に至る。

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

	氏名	続柄	生年月日
家 族	富 安 由以子	配偶者	昭和 39年8月9日
	柚 乃	長女	平成 4年10月17日
	香 澄	次女	平成 6年12月9日

専門医・認定医
日本泌尿器科 学会 専門医・指導医

医師免許証	取得年月日	昭和 62年5月	番号	第 304784号
-------	-------	----------	----	-----------

保険医登録	記号番号	福医 19592
-------	------	----------

年	月	賞 罰 歴

趣味・特技など