

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） 福岡 都道府県 宗像 都市区医師会・その他の医師会

2. 医籍登録番号 第 334761 号 6. 会員区分 日医 A① A②(B) A②(C) B C 都道府県 都市区その他

3. 氏名 フリガナ 山崎 逸朗 (姓) 山崎 (名) 逸朗

4. 生年月日 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 29 年 2 月 25 日 5. 性別 ①. 男 2. 女

7. 所属施設名（正式名称） フリガナ 丸山病院

8. 施設所在地 TEL 0942 (73) 0011 FAX 0942 (73) 0014 838-0113 福岡 都道府県 小郡市山隈字砂ノ戸 273-11

9. 自宅現住所 TEL 092 (962) 1699 FAX () 811-0122 福岡 都道府県 糟屋郡新宮町杜の宮 1-4-12

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

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 ①. 介護保険施設 ②. その他 ()

16. 診療科名 主たる科名 ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ 0 1 0 3

17. 出身校 産業医科大学医学部 18. 卒業年月 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 2 年 3 月

19. 医籍登録日 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 2 年 6 月 4 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 017022 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

H25年4月3日現在

ふりがな かわ さき いつ らう	*男・女
氏名 川崎 逸朗	印 
*大正・昭和 29年2月25日生 (満59才)	本籍 *都道府県 長崎 府 県
ふりがな ふくおかけんかすやくんしんぐうまちむりのみや	連絡先電話番号
現住所 〒811-0122 福岡県糟屋郡新宮町杜の宮 1-4-12	市外局番(092) 962-1699

写真を貼る位置

1.縦 36~40 mm

横 24~30 mm

2.本人単身胸から上

3.裏面のりつけ

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)
平成2年	3月	産業医科大学 医学部 卒業
"	4月	産業医科大学 第2内科 勤務
3年	6月	阿司常災病院 勤務
4年	6月	高邦会 高木病院 勤務
8年	6月	九州健康総合センター 勤務
10年	6月	九州産業衛生協会天神診療所 勤務
13年	6月	NTT北九州病院 勤務
14年	6月	秋桜会 新中間病院 勤務
15年	1月	正信会 水戸病院 勤務
21年	9月	庄正会 蜂須賀病院 勤務
25年	2月	豊泉会 丸山病院 勤務

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
	川崎 美保子	妻	昭和46年3月3日
	川崎 キミ子	母	大正10年5月13日
	川崎 雄太郎	子	平成7年9月11日
	川崎 圭一朗	子	平成10年7月18日
	川崎 卓朗	子	平成12年6月28日
	川崎 佳朗	子	〃

専門医・認定医
日本内科学会認定医
日本循環器学会循環器専門医
日本医師会認定産業医

医師免許証	取得年月日平成2年6月4日	番号 334761
-------	---------------	-----------

保険医登録	記号番号 福医22738
-------	--------------

年	月	賞 罰 歴

趣味・特技など