

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

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

（医師会使用欄）

「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

郡市区医師会・
その他の医師会

2. 医籍登録番号

第 450873 号

6. 会員区分

日医 A① A② A③ B C

3. 氏名

フリガナ ハシモト
（姓） 橋本

トモヤ
（名） 朋也



4. 生年月日

1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 48 年 3 月 8 日

5. 性別

① 男 2. 女

郡市区
その他

7. 所属施設名
（正式名称）

フリガナ

大刀洗診療所

8. 施設所在地

TEL 0942 (77) 0220
830 - 1221

FAX 0942 (77) 0964

福岡

都道
府県

三井郡大刀洗町大字高木通1252番地1

9. 自宅現住所

TEL 092 (924) 1579
818 - 0067

FAX ()

福岡

都道
府県

筑紫野市俗明院133-3-409

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

hashimoto @ shimadaihp .jp

12. 開設主体

03

13. 施設・業務

13

14. 病床の有無

1. 有 ② 無

有床の場合→

許可病床数

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 1 04 20

17. 出身校

鳥取大学医学部

18. 卒業年月

1. 明治 2. 大正 3. 昭和 ④ 平成 17 年 3 月

19. 医籍登録日

1. 明治 2. 大正 3. 昭和 ④ 平成 17 年 4 月 15 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
051114

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 はし もと とモヤ	* ☒ 男・女
氏名 橋本 朋也	印 
*大正 ☒ 昭和 48年3月8日生 (満 41才)	本籍 東京 * ☒ 都道府県
ふりがな ふくおかけん いくしやしむくみん	連絡先電話番号
現住所 (〒818-0067) 福岡県筑紫野市俗明院 133-3-409	市外局番(092) 924-1579

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17年	3月	鳥取大学医学部卒業
平成17年	4月	長崎医療センター 入職 研修医 2年間
平成19年	4月	対馬いづはら病院 内科、循環器、透視医 2年間
平成21年	4月	佐世保天清病院 同上 2年間
平成22年	4月	嶋田病院 内科 循環器内科

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
	橋本 知子	妻	1972. 4. 12
	橋本 啓汰	長男	2006. 5. 11

専門医・認定医
日本内科学会 認定医

医師免許証	取得年月日	番号
-------	-------	----

保険医登録	記号番号
-------	------

年	月	賞 罰 歴

趣味・特技など
