

入会申込書

入会年月日（医師会使用欄）

平成 〇 年 〇 月 〇 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に〇した方）

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 460277 号

6. 会員区分

日医 A① A② A③ B C

3. 氏 名

フリガナ 福井
(姓) 福井

(名) 慶太郎



4. 生年月日

1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 56 年 4 月 9 日

5. 性別

① 男 ② 女

都市区
その他

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
838-0113
福岡 都道府県 小郡市山隈字弥太郎 273-11

9. 自宅現住所

TEL 090 (7689) 0029 FAX ()
838-0144
福岡 都道府県 小郡市紙園 1-7-2 アックル小郡ステーション 7-908号

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

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
8 0

17. 出身校

石川県立大学 医学部

18. 卒業年月

1. 明治 2. 大正 3. 昭和 ④ 平成 18 年 3 月

19. 医籍登録日

1. 明治 2. 大正 3. 昭和 ④ 平成 18 年 4 月 26 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
109

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 ふくい けいたろう	*男・女
氏名 福井 慶太郎	印
*大正・昭和 56 年 4 月 9 日生 (満 才)	本籍 * 都道府県
ふりがな おごりょうおん	連絡先電話番号
現住所 (〒838-0144) 小郡市紙園 1-7-2 イメックス小郡ステーション7-908番 7689-0029	市外局番(090)

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18	3	名古屋市立大学 医学部 卒業
20	3	日鋼記念病院 初期臨床研修 修了
21		北海道家庭医療学センター チーフレジデント
23	3	北海道家庭医療学センター 家庭医療学専門医 修了
	4	上川医療センター 副院長 北海道家庭医療学センター チーフレジデント
25	3	北海道家庭医療学センター フェローシップ 修了
	4	北海道家庭医療学センター 上級スタッフ
26	4	医療法人社団 豊栄会 豊栄会家庭医療センター 医師

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	福井 美由希	妻	昭和57年6月15日
	福井 悠太	長男	平成22年11月3日
	福井 紗希	長女	平成24年12月6日

専門医・認定医
日本プライマリイケア学会認定 家庭医療専門医
日本プライマリイケア学会認定 家庭医療指導医

医師免許証	取得年月日 平成18年4月26日	番号 第460277
-------	------------------	------------

保険医登録	記号番号 福医51961
-------	--------------

年	月	賞 罰 歴

趣味・特技など