

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

※「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○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 459967 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 トウ キ (姓) 加藤 (名) 光樹

4. 生年月日 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 55 年 7 月 5 日 5. 性別 ① 男 2. 女

7. 所属施設名（正式名称） フリガナ アリョウホクシンシヤダン イヤセカイ マルヤマビョウイン 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 小郡市山隈字弥八郎273-11

9. 自宅現住所 TEL 090 (1300) 5064 FAX () 818-0036 福岡 都道府県 筑野市光が丘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

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 帝京大学 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 24 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

履 歴 書

年 月 日現在

ふりがな かとうこうき	*男・女
氏名 加藤 光樹	印 
*大正・昭和 55年7月5日生 (満 才)	本籍 * 都道府県
ふりがな ちくののりかわりかた	連絡先電話番号
現住所 (〒818-0036) 北条市光が丘 5-7-6	市外局番(090) 1300-5064

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	帝京大学医学部 卒業
25	4	九州大学大学院医学系学府 医療経営管理専攻 入学
18	4	日全同記念病院 初期臨床研修医
20	4	北海道家庭医療学セナ-家庭医療科 後期研修医
23	4	栄町ファミリークリニック 副院長
25	4	松口循環器科・内科医院 副院長
26	4	医療法人社団 豊泉会 豊泉会家庭医療セナ- 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	加藤 佐智	妻	昭和56年5月22日
	加藤 沙菜	長女	平成22年4月11日
	加藤 由菜	次女	平成25年1月20日

専門医・認定医
日本プライマリイシュー学会認定 家庭医療専門医
日本プライマリイシュー学会認定 家庭医療指導医

医師免許証	取得年月日 平成18年4月24日	番号 第459967
-------	------------------	------------

保険医登録	記号番号 北医 23238
-------	---------------

年	月	賞 罰 歴

趣味・特技など