

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

（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）

福岡

都道府県

福岡市南区

都市区医師会・
その他の医師会

2.医籍登録番号

第 374663 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

イ テ

ノボリ

（姓）

井 手

（名） 昇



4.生年月日

1.明治 2.大正
③昭和

41 年 08 月 15 日

5.性別

①.男
2.女

7.所属施設名
（正式名称）

フリガナ

クマシロ ヒョウイン

神代病院

8.施設所在地

TEL 0942 (78) 3177
FAX 0942 (78) 3918
〒830-1102

福岡 都道府県 久留米市北野町八重亀32番地1

9.自宅現住所

TEL 092 (502) 2466
FAX ()
〒816-0924

福岡 都道府県 大野城市栄町1丁目1番1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

kumasiro@suo.bbq.jp

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

100 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

5 0 20

17.出身校

筑波大学

18.卒業年月

1.明治 2.大正
3.昭和 ④平成

7 年

3 月

19.医籍登録日

1.明治 2.大正
3.昭和 ④平成

7 年

5 月

12 日

20.学位取得

1.明治 2.大正
3.昭和 ④平成

24 年

3 月

21.所属学会

①

②

③

④

056024999

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 い で のほろ	*男・女
氏名 井 手 昂	印 
*大正・昭和 41年8月15日生 (満 47才)	本籍 * 都道 長崎 府県
ふりがな ふくおかけんおおのじょうしなえまち	連絡先電話番号
現住所 (〒816-0924) 福岡県大野城市栄町 1-1-9	市外局番(092) 502-2466



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7年	3	愛媛大学医学部卒業
平成7	5	長崎大学医学部第1外科入局
平成8	4	日本赤十字社長崎原爆病院
平成9	4	長崎大学医学部第1外科医員
平成9	5	是真会病院
平成10	4	北九州市立八幡病院
平成11	4	北松中央病院
平成12	4	長崎大学第1外科医員
平成16	4	国立病院 嬉野医療センター
平成17	4	有川病院
平成18	10	大牟田天領病院
平成20	9	聖マリア病院

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

平成24 4 寺沢病院
平成26 4 神代病院

年	月	公 役 職 歴

家 族	氏名	続柄	生年月日
	井 手 晶子	妻	昭和44年4月28日
	井 手 杏樹	長女	平成13年1月28日

専門医・認定医
リハビリテーション専門医、リハビリテーション認定医
外科認定医

医師免許証	取得年月日 平成 7年5月12日	番号 374663
-------	------------------	-----------

保険医登録	記号番号 福医 42993
-------	---------------

年	月	賞 罰 歴

趣味・特技など