

入会申込書

日本医師会

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

都市区医師会・
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 395215 号

6. 会員区分

日医 A① A②(B) A③(C) B C

3. 氏名

フリガナ 田上 英毅
(姓)

(名)

印

都道
府県

都市区
その他

4. 生年月日

1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 46 年 4 月 9 日

5. 性別

① 男 2. 女

7. 所属施設名
（正式名称）

フリガナ アリゾホウシニシマケン ホウセンカン マルヤクコウイン
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 小都市山隈字町一丁目273-11

9. 自宅現住所

TEL 0942 (30) 2712 FAX ()
830-0047
福岡 都道府県 久留米市津福本町6-41ダイヤコートC-101

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
26

17. 出身校

東北大学 医学部

18. 卒業年月

1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 9 年 3 月

19. 医籍登録日

1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 10 年 5 月 6 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
030019

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 しのうえ たいぎ	*男・女
氏名 田上 英毅	印 
*大正・昭和 46 年 4 月 9 日生 (満 才)	本籍 * 都道府県
ふりがな とらねしつぶんほんまち	連絡先電話番号
現住所 (〒830-0047) 久留米市津福本町6-41 ティートC101	市外局番(0942) 30-2712

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 9	3	東北大学医学部 卒業
平成 24	3	東北大学大学院医工学研究科(医工学専攻)博士課程修了
10	5	京都大学医学部付属病院 泌尿器科 研修医
11	4	市立島田市民病院 泌尿器科 研修医
13	6	西神戸医療センター 泌尿器科 専攻医
16	4	天理よろう相談所病院 泌尿器科 医員
18	4	京都市立病院 泌尿器科 医員
21	4	〃 〃 医長
23	4	独立行政法人京都市立病院 泌尿器科 医長
24	4	古賀病院 21 泌尿器科
26	4	医療法人社団豊泉会 丸山病院(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

家 族	氏名	続柄	生年月日
	田上 真理子	妻	昭和48年10月1日
	田上 裕樹	長男	平成17年9月24日
	田上 智 彩	長女	平成19年6月22日
	田上 雅 喜	次男	平成23年1月8日

専門医・認定医	
日本泌尿器科学会	専門医・指導医
日本性感染症学会	認定医
医工学博士	

医師免許証	取得年月日 平成10年5月6日	番号 第3952/5号
-------	-----------------	-------------

保険医登録	記号番号 福医 49839
-------	---------------

年	月	賞 罰 歴

趣味・特技など