

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

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○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 356626 号

6. 会員

日医

A①

A②

A③

B

C

都道府県

都市区
その他

3. 氏名

フリガナ シロガワ

（姓）

白川

（名）

ユキ

由佳

印

4. 生年月日

1. 明治 2. 大正
③ 昭和 4. 平成

43 年

9 月

2 日

5. 性別

1. 男
② 女

7. 所属施設名
（正式名称）

フリガナ イロハ ホウジン カクシカイ

医療法人 格心会

カミナ ビョウイン

湊地病院

8. 施設所在地

TEL 0942 (72) 2007

FAX 0942 (72) 3688

838-0141

福岡

都道府県

小都市小郡 1342-1

9. 自宅現住所

TEL 0942 (72) 3578

FAX ()

838-0141

福岡

都道府県

小都市小郡 1342-1

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

yawakarish2@gmail.com

12. 開設主体

09

13. 施設・業務

22

14. 病床の有無

①有 2. 無

有床の場合→

許可病床数

148 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

01

17. 出身校

福岡大学 医学部

18. 卒業年月

1. 明治 2. 大正
3. 昭和 ④ 平成

5 年

3 月

19. 医籍登録日

1. 明治 2. 大正
3. 昭和 ④ 平成

5 年

5 月

10 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

017

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

H29 年 10月 6 日現在

ふりがな しろがわ ゆかり	*男・ ☒ 女
氏名 白川 由佳	印 
*大正・ ☒ 昭和 43 年 9 月 2 日生 (満 49 才)	本籍 広島 * 都道府県 ☒
ふりがな しろがわゆかり 連絡先電話番号	
現住所 (〒 734-6219 838-0141) 福岡県小都市小郡 1342-1	市外局番(0942) 72 - 2007



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)
H5	3	福岡大学医学部卒
	4	福岡大学病院健康管理科入局
H6	4	国立病院九州医療センター勤務
H7	4	福岡大学病院健康管理科勤務
H9	2	同工退職
H12	12	介護老人保健施設「本王」施設長勤務
H19	4	同工退職
H19	5	あほう5 総合健診所 勤務
H21	5	医療法人格心会 理事長就任

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

