

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

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 314988 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 カヅ

(姓)

蒲池

(名)

シ / 紫 13



4. 生年月日

1. 明治 2. 大正
③ 昭和 4. 平成

45 年 08 月 17 日

5. 性別

1. 男
② 女

7. 所属施設名
(正式名称)

フリガナ イロウホシジ カンパイ カヅ ヒョクイン
医療法人 裕心会 蒲池病院

8. 施設所在地

TEL 0942 (72) 2007
838-0141

FAX 0942 (72) 3688

福岡

都道
府県

小郡市 小郡 1342-1

9. 自宅現住所

TEL 0942 (72) 3538
838-0141

FAX ()

福岡

都道
府県

小郡市 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

shinos322001@hotmail.co.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

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

04 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

07 年

03 月

19. 医籍登録日

1. 明治 2. 大正
3. 昭和 ④ 平成

7 年

5 月

15 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

017 021

077 084

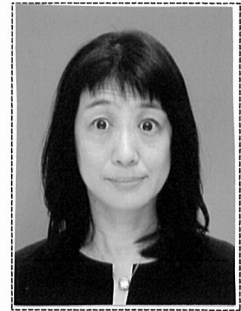
22. 指定医

④ 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	はらしの	*男・ ☒ 女
氏名	蒲池 紫乃	☒ 印
*大正・ ☒ 昭和	45年8月17日生 (満47才)	本籍 ☒ 福岡 *都道府県
ふりがな	ふかひけん あつり あつり	連絡先電話番号
現住所 (〒838 8-141)	福岡県小郡市小郡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)
平成7	3	福岡大学医学部卒業
平成7	5	福岡大学筑紫病院 内科 消化器科
平成8	4	福岡大学病院 内科
平成9	1	厚生会 作田病院
平成9	4	福岡大学医学部大学院入学
平成13	3	同上 卒業
平成13	4	福岡大学 筑紫病院 消化器科
平成21	1	格心会 蒲池病院

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

年	月	公 役 職 歴

家 族	氏名	続柄	生年月日

専門医・認定医	

医師免許証	取得年月日 平成 7年 5月 15日	番号 374988
-------	--------------------	-----------

保険医登録	記号番号 福医 28248
-------	---------------

年	月	賞 罰 歴

趣味・特技など