

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

小郡市井

郡市区医師会・
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） 長崎 都道府県 南高 郡市区医師会・その他の医師会

2. 医籍登録番号 第 3 / 4 0 / 1 / 1 号

6. 会員区分

日医 A① A② (B) A② (C) (B) C

3. 氏名 フリガナ カケハシ (姓) 木崎 (名) カヨコ 加代子

都道府県

4. 生年月日 1. 明治 2. 大正 ③ 昭和 4. 平成 22 年 7 月 13 日 5. 性別 1. 男 ② 女

郡市区
その他

7. 所属施設名（正式名称） フリガナ イリヲウ ホウジン カクシンカイ カマナ ビョウイン 医療法人 格心会 蒲池病院

8. 施設所在地 TEL 0942 (72) 2007 FAX 0942 (72) 3688 838-0141 福岡 都道府県 小郡市 小郡 1342-1

9. 自宅現住所 TEL 090 (1974) 8852 FAX () 842-0013 佐賀 都道府県 神埼市神埼町本告牟田 746-1

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 choko7788@yahoo.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 1 4

17. 出身校 佐賀医科大学

18. 卒業年月 1. 明治 2. 大正 ③ 昭和 4. 平成 63 年 3 月

19. 医籍登録日 1. 明治 2. 大正 ③ 昭和 4. 平成 63 年 5 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 ④ 023

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

平成 28 年 12 月 15 日現在



ふりがな 氏 名	
か け け れ か ぶ こ 梯 加 代 子	
生 年 月 日 S 22 年 7 月 13 日生 (満 68 歳)	※ 男・女 男・女

ふりがな 現 住 所 〒 842-0013 佐賀県神埼市神埼町本告年田746-1	電話 0952-65-5575 090-1974-8852
ふりがな 連 絡 先 〒 (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)	電話 方

年	月	学歴・職歴(各別にまとめて書く)
S 63	4	佐賀医科大学卒業
"	6	佐賀医科大学精神科入局
H 1	3	同上 退職
"	4	中野久病院 就職
2	3	同上 退職
"	4	佐賀医科大学精神科
4	3	同上 退職
"	4	国府日田病院 就職
12	7	同上 退職
"	8	光風会病院 就職
19	4	同上 退職
"	10	森本病院 就職
21	6	同上 退職
"	7	愛野ありあけ病院 就職
27	3	同上 退職
26	4	菊池病院 (非常勤)

記入上の注意

- 鉛筆以外の黒又は青の筆記具で記入。
- 数字はアラビア数字で、文字はくずさず正確に書く。
- ※印のところは、該当するものを○で囲む。

年	月	公 役 職 歴

家 族	氏名	続柄	生年月日

専門医・認定医
精神保健指定医

医師免許証	取得年月日 昭和63年5月24日	番号 314011
-------	------------------	-----------

保険医登録	記号番号 福医 54108
-------	---------------

年	月	賞 罰 歴

趣味・特技など
