

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

都市医師会・
その他の医師会

2. 医籍登録番号

第 482733 号

6. 会員

日医

A①

A②

A②

B

C

3. 氏 名

フリガナ シマダ

(姓)

島田

コウスケ

(名)

幸典



4. 生年月日

1. 明治 2. 大正
③ 昭和 4. 平成

59 年

9 月

12 日

5. 性別

① 男
2. 女

7. 所属施設名
(正式名称)

フリガナ イリヨウホウジン シマダ シマダヒョウイン

医療法人社団シマダ 嶋田病院

8. 施設所在地

TEL 0942 (72) 2236

FAX 0942 (73) 3313

038-0141

福岡

都道
府県

小郡市小郡217-1

9. 自宅現住所

TEL 090 (6974) 4092

FAX ()

030-0013

福岡

都道
府県

久留米市榎原町127-1 グラハサリヤン榎原町105

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

K.shimada@shimadahp.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

150 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

2

0

5

2

17. 出身校

久留米大学 医学部

18. 卒業年月

1. 明治 2. 大正
3. 昭和 ④ 平成

21 年

3 月

19. 医籍登録日

1. 明治 2. 大正
3. 昭和 ④ 平成

21 年

4 月

28 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

024

070

017

101

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

29年4月27日現在

ふりがな しそだ こうけ	*男・女	
氏名 島田 幸典	印 	
*大正・昭和 59年9月12日生 (満 才)	本籍 福岡 * 都道 府県	
ふりがな ぶくがけんくみしくいしちまち	連絡先電話番号	
現住所 (〒830-0013) 福岡県久留米市榊原町127-1	グランドサンリヤ榊原町 105号	市外局番(090) 6779-4092

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21年	3月	久留米大学医学部 卒業
平成21年	4月	福岡済生会福岡総合病院 臨床研修医
平成23年	4月	聖マリア病院 外科 勤務
平成27年	4月	久留米大学病院 外科 勤務

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
	尚子	妻	S56. 4. 10
	千知子	子	H27. 3. 15

専門医・認定医
外科 専門医
肘関節科 指導医

医師免許証	取得年月日 平成21年4月28日	番号 482733
-------	------------------	-----------

保険医登録	記号番号 福医 46627
-------	---------------

年	月	賞 罰 歴

趣味・特技など 読書、ラジカ- 観戦
