

入会申込書

日本医師会

入会年月日 (医師会使用欄)

平成 30 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

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)		都道府県		郡市区医師会・ その他の医師会
---------	-------	--------------------------	--	------	--	--------------------

2. 医籍登録番号	第 491061 号	6. 会員
-----------	------------	-------

3. 氏名	フリガナ ワタナベ (姓) 渡辺	フリガナ マクミ (名) 恵	日医	A① A② A③ B C
			都道府県	福岡

4. 生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 59 年 6 月 18 日	5. 性別	1. 男 2. 女	郡市区 その他	小郡三井
---------	---------------------------------------	-------	-----------	------------	------

7. 所属施設名 (正式名称)	フリガナ ワタナベ イカ イチヨウカ イン 渡辺 内科胃腸科医院
--------------------	-------------------------------------

8. 施設所在地	TEL 0942 (75) 3733 FAX 0942 (75) 7324 838-0102 福岡 都道府県 小郡市津古 815-1
----------	--

9. 自宅現住所	TEL 0942 (75) 3720 FAX () 838-0102 福岡 都道府県 小郡市津古 815-1
----------	---

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	merc_i-618@yahoo.co.jp
---------------	------------------------

12. 開設主体	14	13. 施設・業務	11
----------	----	-----------	----

14. 病床の有無	1. 有 2. 無 有床の場合→ 許可病床数 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
	0 1 03

17. 出身校	11 崎医科大学医学部	18. 卒業年月	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 22 年 3 月
---------	-------------	----------	----------------------------------

19. 医籍登録日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 22 年 5 月 20 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	22. 指定医	保険医 母体保護法 精神保健 その他
	017022		

※「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

2018年3月18日現在

ふりがな	わたなべ めぐみ	*男・女	
氏名	渡辺 恵	印	
*大正・昭和	59年6月18日生 (満34才)	本籍	*都道府県
ふりがな	福岡県小郡市津古815-1		連絡先電話番号
現住所 (〒838-0102)	福岡県小郡市津古815-1		市外局番(0942) 75-3720

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)
2010	3	川崎医科大学医学部卒業
2010	4	久留米大学病院 臨床研修管理センター
2012	4	久留米大学病院 臓器・血管内科 入局
2013	4	久留米大学医療センター
2014	4	福岡市医師会成人病センター
2015	4	大牟田市立病院
2016	4	久留米大学病院
2017	10	渡辺内科胃腸科医院

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
		ナシ
		以上

家 族	氏名	続柄	生年月日
	渡辺 正俊	父	1946年10月27日
	渡辺 幸子	母	1951年11月20日

専門医・認定医
日本内科学会認定医
日本循環器学会専門医

医師免許証	取得年月日 2010年5月20日	番号 491061
-------	------------------	-----------

保険医登録	記号番号 47823
-------	------------

年	月	賞 罰 歴
		ナシ
		以上

趣味・特技など
旅行、映画鑑賞、園芸