

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

福岡県医師会

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

市区医師会・
その他の医師会

2. 医籍登録番号

第 3 号
324169

6. 会員

日医

A①

A②
(B)

A②
(C)

B

C

3. 氏 名

フリガナ
(姓)

モリミツ

(名)

タケヤ
卓也



都道
府県

福岡県

4. 生年月日

1. 明治 2. 大正
3. 昭和 4. 平成

37 年 06 月 13 日

5. 性別

① 男
2. 女

市区
その他

7. 所属施設名
（正式名称）

フリガナ

福岡県立中央病院

8. 施設所在地

TEL

0942(78)3177

FAX

0942(78)3918

830-1101

福岡

都道
府県

福岡県北九州市小倉南区900番地1

9. 自宅現住所

TEL

090 (7159) 3768

FAX

()

830-0022

福岡

都道
府県

福岡県北九州市城南区18-22

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

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

100 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

0301

循環器内科

内科

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

1 年 3 月

19. 医籍登録日

1. 明治 2. 大正
3. 昭和 4. 平成

01 年 05 月 29 日

20. 学位取得

1. 明治 2. 大正
3. 昭和 4. 平成

9 年 4 月

21. 所属学会

①

②

③

④

017022

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。

平成30年 4月 1日現在

ふりがな もりみつ たくや	*男女	
氏名 森 光 卓 也	印 	
*大正・昭和 37 年 6 月 13 日生 (満 55 才)	本籍 * 都道 長崎 府県	
ふりがな 現住所 (〒 830 - 0022) 福岡県久留米市城南町18-22	連絡先電話番号 市外局番 (090) 7159-3768	

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)
		(学 歴)
1989	3	久留米大学 医学部 卒業
		(職 歴)
1989	6	長崎大学病院
1991	6	雄博会 千住病院
1991	12	北九州市立八幡病院
1993	6	長崎大学病院
1995	6	長崎市立病院 成人病センター
1997	6	長崎県立 島原温泉病院
1999	6	大村市立病院 心臓血管病センター
2002	4	健康保険 諫早総合病院
2003	4	大塚会 唐比病院
2007	4	健正会 大久保病院
2010	6	栄寿会 古賀小児科内科
2011	6	医療法人 祐里会 姉川病院
2015	10	医療法人社団 啓祐会 神崎病院
2016	4	医療法人 悠水会 水城病院
2018	4	医療法人 三井会 神代病院

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
	森光 孝子	妻	S38.12.22

専 門 医 ・ 認 定 医

医師免許証	取得年月日 H1.5.29	番号 324169
-------	---------------	-----------

保険医登録	記号番号 福医 57770
-------	---------------

年	月	賞 罰 歴

趣味・特技など
