

入会申込書

日本医師会

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

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に〇した方）

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 4 5 7 6 3 3 号

6. 会員

日医

A① A② A③ B C

都道府県

郡市区
その他

3. 氏名

フリガナ イセキ
（姓） 井関

マチコ
（名） 真知子



4. 生年月日

1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 5 5 年 4 月 1 0 日

5. 性別

1. 男 2. 女

7. 所属施設名
（正式名称）

フリガナ リョウホウジン シュエイヤイ ホンマ セウイン
医療法人 寿栄会 本間病院

8. 施設所在地

TEL 0942 (73) 0111 FAX 0942 (73) 0112
8 3 8 - 0 1 0 6
福岡 都道府県 小郡市三沢526番地

9. 自宅現住所

TEL 080 (5661) 5748 FAX ()
8 1 8 - 0 1 3 9
福岡 都道府県 太宰府市宰郷1丁目5-7-705

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

machi.ko.iseki@gmail.com

12. 開設主体

0 9

13. 施設・業務

2 4

14. 病床の有無

① 有 2. 無

有床の場合→

許可病床数

239 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 精神科

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 8 年 3 月

19. 医籍登録日

1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 1 8 年 月 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
0 2 3

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

年 月 日現在



ふりがな いせき まちこ	*男 ☒ 女
氏名 井関 真知子	印 (井関)
*大正・昭和 55 年 4 月 10 日生 (満 38 才)	本籍 愛媛 * 都道府県 愛媛
ふりがな (株) 福岡県太宰府市都計 5-7-705	連絡先電話番号
現住所 (〒 818-0139) 福岡県太宰府市都計 5-7-705	市外局番 (080) 5661-5748

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)
H18	3	愛媛大学医学部医学科 卒業
	4	国立病院機構九州医療センター 初期研修 開始
H21	3	= 初期研修終了 (途中1年間(産休))
	4	福岡大学病院精神神経科 入職
	12	= 産休のため退職
H23	4	甘木病院 入職
H24	3	= 退職
(株)	4	南山病院 入職
H26	3	= 退職
	4	平安病院 入職
H28	3	= 退職
	4	乙金病院 入職

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

H29 3月 乙金病院 退職
H29 4月 本間病院 入職

現在

年	月	公 役 職 歴

家 族	氏名	続柄	生年月日
	井関 俊	夫	S56.10.16
	井関 心太郎	長男	H19.8.30
	井関 穂心	長女	H22.3.10

専門医・認定医
精神科専門医.
精神保健指定医.
産業医.

医師免許証	取得年月日 H18年4月14日	番号 457633
-------	-----------------	-----------

保険医登録	記号番号 55236
-------	------------

年	月	賞 罰 歴

趣味・特技など 映画鑑賞、水泳、旅行
