

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

日本医師会

福岡

都道府県
医師会

小郡三井

都市区医師会・
その他の医師会

（医師会使用欄）

「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

都市区医師会・
その他の医師会

2. 医籍登録番号

第 346184 号

6. 会員

日医

A①

A②
(B)

A②
(C)

④ B

C

都道
府県

都市区
その他

3. 氏 名

フリガナ イシ ハラ
(姓) 石原

ケン シ
(名) 健次

印

4. 生年月日

1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 40 年 11 月 1 日

5. 性別

① 男
2. 女

7. 所属施設名
（正式名称）

フリガナ イリョウホクシン 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
838-0141

FAX 0942 (73) 3313

福岡 都道府県 小郡市小郡 217番地1

9. 自宅現住所

TEL 0942 (38) 2554
830-0013

FAX ()

福岡 都道府県 久留米市櫛原町 42-1-1002

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

ishihara@shimada-hp.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
2022 外科 循環器外科

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 4 年 3 月

19. 医籍登録日

1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 4 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
024081066

22. 指定医

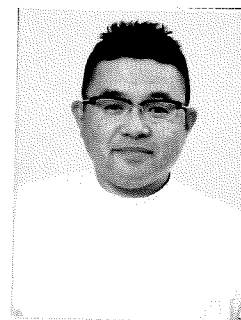
① 保険医 母体保護法 精神保健 その他

※「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 いし けん い	* ☒ 男・女
氏名 石原 健次	印 
*大正・ ☒ 昭和 40 年 11 月 1 日生 (満 52 才)	本籍 鹿児島 * 都道府県 ☒
ふりがな ふくおかけんくろめしくしはらまち	連絡先電話番号
現住所 (〒830-0013) 福岡県久留米市篠原町4-1-100	市外局番(0942) 38-2554



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4	3	久留米大学医学部卒業
平成4	4	久留米大学第2外科入局
平成4	9	久留米大学救急救命センター勤務(平成4年11月まで)
平成5	8	聖マリア病院勤務(平成6年1月まで)
平成6	8	共愛会共立病院勤務(平成7年1月まで)
平成7	4	筑豊労災病院勤務(平成7年9月まで)
平成8	1	久留米大学医学部付属医療センター勤務(平成8年9月)
平成12	2	国立九州医療センター勤務(平成14年3月まで)
		その他の期間は久留米大学病院勤務
平成16	4	医療法人社団シタノ島田病院
		現在に至る

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

	氏名	続柄	生年月日
家 族	石原明子	妻	昭和48年12月4日
	石原裕基	長男	平成11年2月5日
	石原葉々子	長女	平成13年2月2日

専門医・認定医
日本外科学会認定登録医
脈管専門医

医師免許証	取得年月日 平成4年5月20日	番号 346184
-------	-----------------	-----------

保険医登録	記号番号 24634
-------	------------

年	月	賞 罰 歴

趣味・特技など