

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

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

☒ 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 362873 号

6. 会員

日医 A① A② A② B C

都道府県

郡市区
その他

3. 氏名

フリガナ ニシムラ
（姓） 西村

名 一宣

印

4. 生年月日

1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 44 年 6 月 8 日

5. 性別

① 男 2. 女

7. 所属施設名
（正式名称）

フリガナ シマダビョウイン
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
838-0141
福岡 都道府県 小郡市小郡217番地1

9. 自宅現住所

TEL 0952 (65) 5853 FAX ()
佐賀 都道府県 佐賀市兵庫町大字瓦町855-1

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

nishimura@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
2025 外科 消化器外科

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 06 年 03 月

19. 医籍登録日

1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 06 年 05 月 02 日

20. 学位取得

1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 15 年 03 月

21. 所属学会

① ② ③ ④
024112

22. 指定医

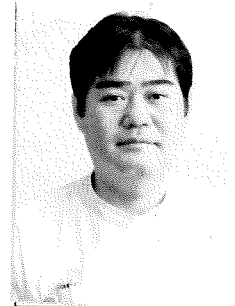
① 保険医 母体保護法 精神保健 その他

※「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 (にしむら かずのり)	*男・女
氏名 西村 一宣	印 
*大正 (昭和) 44年 6月 8日生 (満 49才)	本籍 * 都道 佐賀 府県
ふりがな	連絡先電話番号
現住所 (〒849-0912) 佐賀県佐賀市兵庫町大字瓦町855-1	市外局番(0952) 65-5853



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6	3	久留米大学医学部卒業
平成6	5	久留米大学病院 外科入局
平成7	4	佐世保共済病院 外科
平成7	11	済生会二日市病院 外科
平成8	7	国立九州医療センター 外科・麻酔科
平成9	7	久留米大学病院 外科
平成10	4	筑後市立病院 外科
平成11	1	済生会二日市病院 外科
平成12	5	久留米大学病院 外科(外科・肝胆臓)
平成14	5	医療法人社団シマダ 島田病院 外科
		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	西村 靖子	妻	昭和44年3月6日
	西村 瑠音	長女	平成11年6月28日
	西村 兼広	長男	平成14年5月2日
	西村 寿純	次男	平成19年1月18日

専門医・認定医
日本外科学会認定医・専門医・指導医
日本医師会認定産業医
日本緩和医療学会認定医

医師免許証	取得年月日 平成6年5月2日	番号 362873
-------	----------------	-----------

保険医登録	記号番号 福医 28766
-------	---------------

年	月	賞 罰 歴

趣味・特技など
