

入会申込書

日本医師会用

入会年月日（医師会使用欄）

平成 30 年 08 月 24 日

入会する医師会

（医師会使用欄）

日本医師会

都道府県
医師会

都市区医師会・
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

0 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 362030 号

6. 会員

日医 A① A② A③ B C

都道
府県

都市区
その他

3. 氏 名

フリガナ 吉 久

フリガナ 明 子

印

4. 生年月日

1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 43 年 09 月 08 日

5. 性別

0 男 2. 女

7. 所属施設名
（正式名称）

フリガナ 小野田 総合 病院

8. 施設所在地

TEL 0942(72) 2236 FAX 0942(73) 3313
038-0141
都道府県 小野市 小野 217-1

9. 自宅現住所

TEL 090(285) 7400 FAX ()
016-0811
都道府県 春日市 春日公園 3-21-310

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

operoom@shimadaihp.jp

12. 開設主体

09

13. 施設・業務

24

14. 病床の有無

0 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
0 3 5 2 循環器内科 麻酔科

17. 出身校

九州大学医学部

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 04 月 28 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
0.45

22. 指定医

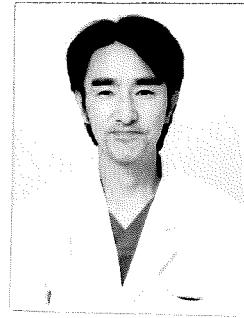
保険医 母体保護法 精神保健 その他

※「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	よし ながい あき ひこ	*男・女
氏名	吉永 明彦	印 吉永
*大正・昭和	43年 9月 8日生 (満 49才)	本籍 * 都道 山に 府県
ふりがな	連絡先電話番号	
現住所 (〒516-0511)	市外局番(090)	
春日市 春日公園 3-2-1-310	2851-7400	



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)
1966	3	九州大学医学部卒業
	4	九州大学医学部 解剖科
1970	4	九州医療センター 解剖科
1977	4	明徳会佐藤赤十字病院
1983	4	(現職) 嶋田病院

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

専門医・認定医
日本脳神経学会認定 専門医

医師免許証	取得年月日	1994/4/28	番号	362030
-------	-------	-----------	----	--------

保険医登録	記号番号
-------	------

年	月	賞 罰 歴

趣味・特技など
