

# 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

小郡市

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<br>(入会区分で2に○した方) | 都道府県                     | 郡市区医師会・<br>その他の医師会 |
| 2. 医籍登録番号          | 第 508856 号                                                                 | 6. 会員                    |                          |                    |
| 3. 氏名              | フリガナ 西園 人志<br>(姓) (名)                                                      | 日医                       | A① A② A③ (B) C           |                    |
| 4. 生年月日            | 1. 明治 2. 大正 ③ 昭和 4. 平成 62年 2月 15日                                          | 都道府県                     |                          |                    |
| 5. 性別              | 1. 男 ② 女                                                                   | 郡市区<br>その他               |                          |                    |
| 7. 所属施設名<br>(正式名称) | フリガナ<br>株式会社 - 97-07                                                       |                          |                          |                    |
| 8. 施設所在地           | TEL 092 ( 2 ) 0066 FAX 092 ( 2 ) 0067<br>838-0109<br>福岡 都道府県 小郡市 市立 1丁目 4番 |                          |                          |                    |
| 9. 自宅現住所           | TEL 090 ( 7516 ) 0069 FAX ( )<br>838-0105<br>福岡 都道府県 小郡市 三田 6丁目 92         |                          |                          |                    |
| 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      | takuto takuto 1987@gmail.com                                               |                          |                          |                    |
| 12. 開設主体           | 09                                                                         | 13. 施設・業務                | 14                       |                    |
| 14. 病床の有無          | 1. 有 ② 無                                                                   | 有床の場合→ 許可病床数             | 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<br>0 1 13 内科・小児科                                   |                          |                          |                    |
| 17. 出身校            | 福岡大学医学部                                                                    |                          |                          |                    |
| 18. 卒業年月           | 1. 明治 2. 大正 25年 3月 3. 昭和 ④ 平成                                              |                          |                          |                    |
| 19. 医籍登録日          | 1. 明治 2. 大正 25年 3月 27日 3. 昭和 ④ 平成                                          |                          |                          |                    |
| 20. 学位取得           | 1. 明治 2. 大正 25年 3月 3. 昭和 ④ 平成                                              |                          |                          |                    |
| 21. 所属学会           | ① ② ③ ④<br>109017                                                          |                          |                          |                    |
| 22. 指定医            | ① 保険医 ② 母体保護法 ③ 精神保健 ④ その他                                                 |                          |                          |                    |

※「記入上の注意」にそって、かならずで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 その きゅうけい                | *男・女                                                                                |  |
| 氏名 西園 久慧                        | 印  |                                                                                     |
| *大正・昭和 62年2月15日生<br>(満 32才)     | 本籍 福岡* 都道府県                                                                         |                                                                                     |
| ふりがな おごおりしめくに かおかもちようめ 92       | 連絡先電話番号                                                                             |                                                                                     |
| 現住所 (〒838-0103)<br>小郡市三国が丘6丁目92 | 市外局番(090 )<br>7534-0069                                                             |                                                                                     |

| 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                              |
| 平成25 | 3 | 福岡大学 医学部 卒業                      |
|      |   | 職 歴                              |
| 平成25 | 4 | 株式会社麻生飯塚病院 入職(初期研修)              |
| 平成27 | 3 | 株式会社麻生飯塚病院 初期研修修了                |
| 平成27 | 4 | 株式会社麻生飯塚病院 家庭医療コース               |
| 平成30 | 3 | 株式会社麻生飯塚病院 家庭医療コース修了             |
| 平成30 | 4 | 医療法人社団豊泉会 まどかファミリークリニック 入職       |
|      |   | 以 上                              |
|      |   |                                  |
|      |   |                                  |
|      |   |                                  |

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<br>族 | 氏名    | 続柄 | 生年月日       |
|--------|-------|----|------------|
|        | 西園 佳七 | 妻  | 昭和57年7月19日 |
|        | 西園 藤輝 | 長男 | 平成29年1月16日 |
|        |       |    |            |
|        |       |    |            |
|        |       |    |            |
|        |       |    |            |

| 専門医・認定医                 |
|-------------------------|
| プライマリケア連合学会 家庭医療専門医・指導医 |
| 日本内科学会認定内科医             |
|                         |

|       |                  |           |
|-------|------------------|-----------|
| 医師免許証 | 取得年月日 平成25年3月27日 | 番号 508856 |
|-------|------------------|-----------|

|       |               |
|-------|---------------|
| 保険医登録 | 記号番号 福医 51473 |
|-------|---------------|

| 年 | 月 | 賞 罰 歴 |
|---|---|-------|
|   |   |       |
|   |   |       |
|   |   |       |

|                           |
|---------------------------|
| <p>趣味・特技など</p> <p>ゴルフ</p> |
|---------------------------|