

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

小郡三井

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 1 ② 3 異動前の医師会（入会区分で2に○した方） 熊本 都道府県 宇土 都市区医師会・その他の医師会

2. 医籍登録番号 第 3 5 0 6 9 3 号 6. 会員 日医 A① A②(B) A②(C) B C 都道府県 都市区その他

3. 氏名 フリガナ ヨシカネ (姓) 吉 野 (名) セイジ 誠司 印

4. 生年月日 1. 明治 2. 大正 ③ 昭和 4. 平成 80 年 11 月 10 日 5. 性別 ① 男 2. 女

7. 所属施設名（正式名称） フリガナ ズルズ 丸山病院

8. 施設所在地 TEL 0942 (73) 0011 FAX 0942 (73) 0014 838-0113 福岡 都道府県 小郡市山腹293-11

9. 自宅現住所 TEL 092 (753) 8666 FAX () 810-0029 福岡 都道府県 福岡市中央区平尾津水町10-17-206

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

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 205 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 1 04 内科・消化器内科

17. 出身校 藤田保健衛生大学 18. 卒業年月 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 ④ 平成 04 年 03 月

19. 医籍登録日 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 ④ 平成 04 年 06 月 01 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 047021 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 よしお せいし	* ☒ 男・女	
氏名 吉室 誠司	印	
*大正・昭和 40 年 11 月 10 日生 (満 53 才)	本籍 熊本	* 都道 府県
ふりがな	連絡先電話番号	
現住所 (〒 810 - 0029) 福岡県 福岡市 中央区 平尾 菊水町 10-17-206	市外局番 (092) 753 - 8666	

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)
1992	3	藤田保健衛生大学 医学部卒業
	4	熊本大学 附属病院
1993	4	国立熊本病院
1998	4	吉室内科放射線科医院

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
	古 司	子	147. 1. 29

専 門 医 ・ 認 定 医

医師免許証	取得年月日 1992	番号 350693
-------	------------	-----------

保険医登録	記号番号 福医 54132
-------	---------------

年	月	賞 罰 歴

趣味・特技など
