

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

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） 鹿児島 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 851090 号

6. 会員

日医 A① A②(B) A②(C) B C

3. 氏名 フリガナ ウメハラ (姓) 梅原 (名) 恵 印

都道府県

4. 生年月日 1. 明治 2. 大正 ③ 昭和 4. 平成 41 年 5 月 10 日 5. 性別 1. 男 ② 女

都市区
その他

7. 所属施設名（正式名称） フリガナ マルヤマ ビョウイン 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 小郡市山隈字弥太郎 273-11

9. 自宅現住所 TEL 0942 (27) 5979 FAX () 839-0862 福岡 都道府県 久留米市野中町 746-12

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 kaochi 852 @ yahoo.co.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 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 2 呼吸器内科

17. 出身校 鹿児島大学 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 6 月 4 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 017057056075

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

H31 年 4 月 22 日現在

ふりがな うめ はら めぐさ	*男・ ☒ 女	
氏名 梅原 恵	印 	
*大正・ ☒ 昭和 41 年 5 月 10 日生 (満 52 才)	本籍 福岡	* 都道 府県
ふりがな ふくおかけん くろめし のなかまろ	連絡先電話番号	
現住所 (〒 839 - 0862) 福岡県久留米市野中町 746-12	市外局番(0942) 27 - 5979	

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年	3月	鹿児島大学医学部医学科 卒業
平成20年	11月	鹿児島大学大学院医学研究科 卒業(医学博士取得)
平成4年	6月	鹿児島大学医学部リハビリテーション科 研修医
平成4年	12月	鹿児島市立病院麻酔科、消化器科 研修医
平成5年	9月	健和会大子町病院内科 勤務
平成6年	11月	鹿児島大学医学部リハビリテーション科 勤務
平成7年	10月	自治医科大学呼吸器科 勤務
平成10年	4月	鹿児島大学医学部第一内科 勤務
平成11年	6月	鹿児島共済会南風病院呼吸器科 勤務
平成12年	8月	鹿児島大学医学部第一内科 勤務
平成14年	2月	大井病院内科 勤務
平成31年	4月	丸山病院 呼吸器内科 勤務

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
	梅原 喜文	夫	S 28. 5. 13
	梅原 千里	長女	H 14. 8. 14
	梅原 薫	二女	H 18. 5. 2
	梅原 望	三女	H 20. 5. 29

専門医・認定医
日本内科学会認定内科専門医
日本呼吸器学会認定専門医
日医認定産業医

医師免許証	取得年月日 平成4年6月4日	番号 第351090号
-------	----------------	-------------

保険医登録	記号番号 変更申請中
-------	------------

年	月	賞 罰 歴

趣味・特技など