

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

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）

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 7199 号

6. 会員区分

日医 A① A② A② ③ C

都道
府県

都市区
その他

3. 氏 名

フリガナ ハタエ
（姓） 波多江

（名） サツ
桜



4. 生年月日

1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 55 年 8 月 21 日

5. 性別

1. 男 ② 女

7. 所属施設名
（正式名称）

フリガナ イリヨウホウジン セイワカイ セイワキネンビョウイン
医療法人せいわ会 聖和記念病院

8. 施設所在地

TEL 0942 (75) 1230 FAX 0947 (75) 7516
838-0102
福岡 都道府県 小郡市津古字半女寺 1470 番地 1

9. 自宅現住所

TEL () FAX ()
810-0042
福岡 都道府県 福岡市中央区赤坂 1-13-2 MJR 赤坂77-

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 195 床

15. 併設の施設

介護保険施設 その他 (グループホーム)

16. 診療科名

主たる科名 ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
0 1 内科

17. 出身校

大分大学医学部

18. 卒業年月

1. 明治 2. 大正 3. 昭和 ④ 平成 19 年 3 月

19. 医籍登録日

1. 明治 2. 大正 3. 昭和 ④ 平成 19 年 4 月 16 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

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 ほたえ さくら	*男・ ☒ 女
氏名 波多江 桜	印 
*大正・昭和 55年8月21日生 (満 38才)	本籍 * 都道 府県
ふりがな ふくおかしちゅうおうくあかさか	連絡先電話番号
現住所 (〒810-0042) 福岡市中央区赤坂1-13-2 MJR赤坂タワー	市外局番() -



0101161290053117 6655

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)
2007	3	大分大学医学部卒業
2007	4	大分大学医学部附属病院
2008	4	アイルランド病院
2008	7	大分大学医学部附属病院 腫瘍内科
2010	6	大分大学医学部 臨床腫瘍医学講座 助教
2010	10	大分大学医学部附属病院 腫瘍内科 助教
2011	4	大分大学医学部附属病院 腫瘍内科 医員
2012	2	福岡たたらリハビリテーション病院
2013	2	仁徳会 今村病院
2015	10	医療法人悠水会 水城病院
2018	5	医療法人康正会 けご病院
2019	4	医療法人せいれい会 聖和記念病院

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

医師免許証	取得年月日 平成19年4月16日	番号 7199
-------	------------------	---------

保険医登録	記号番号 福医 49480
-------	---------------

年	月	賞 罰 歴
		なし

趣味・特技など
