

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

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）

福岡

都道府県

直方鞍手

都市区医師会・
その他の医師会

2. 医籍登録番号

第 310468 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 トキムラ

（姓）

時村

（名）

トシタケ

俊幸

印

4. 生年月日

1. 明治 2. 大正
3. 昭和 4. 平成

32 年

4 月

3 日

5. 性別

① 男
2. 女

7. 所属施設名
（正式名称）

フリガナ

イナリナツ

セイ

フ

医療福祉センター 聖ヨゼフ園

8. 施設所在地

TEL 0942 (77) 1393

FAX 0942 (77) 1190

830-1226

福岡

都道府県

三井郡大刀洗町大字山隈 374-1

9. 自宅現住所

TEL ()

FAX ()

838-0824

福岡

都道府県

朝倉郡筑前町原地藏 2226-14

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

13

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

120 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

01

内科

17. 出身校

産業医科大学医学部

18. 卒業年月

1. 明治 2. 大正
3. 昭和 4. 平成

61 年

3 月

19. 医籍登録日

1. 明治 2. 大正
3. 昭和 4. 平成

62 年

6 月

8 日

20. 学位取得

1. 明治 2. 大正
3. 昭和 4. 平成

6 年

12 月

21. 所属学会

①

②

③

④

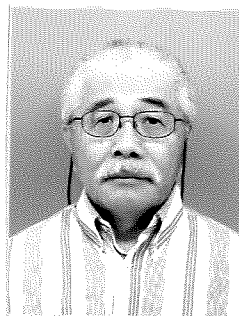
22. 指定医

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 <u>ときむら じゅん</u>	*男・女	
氏名 <u>時村 俊幸</u>	印 	
*大正・昭和 <u>32</u> 年 <u>4</u> 月 <u>3</u> 日生 (満 才)	本籍 <u>福岡</u> * 都道 府県	
ふりがな <u>ふくおかけん あいらくんちせんまち はらちまう</u>	連絡先電話番号	
現住所 (〒 -) <u>福岡県 朝倉郡筑前町蔵2226-14</u>	市外局番 (<u>070</u>) <u>2395 4323</u>	

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)
S61	3	産業医科大学医学部 卒業
H6	12	産業医科大学大学院 卒業
S62	7	産業医科大学脳神経外科 入局
H6	12	医療法人 昭和基会 福岡中央病院
H9	1	医療法人 卓翔会 老人保健施設 佐伯 八幡町
H25	1	ジエラ 医院
R2	1	医療福祉センター 聖ヨゼフ園

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
		無

家 族	氏名	続柄	生年月日
	時村 祥子	妻	1952.2.3

専 門 医 ・ 認 定 医

医師免許証	取得年月日 562.6.8	番号 310468
-------	---------------	-----------

保険医登録	記号番号 福区 50659
-------	---------------

年	月	賞 罰 歴
		無

趣味・特技など
