

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

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

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（入会区分で2に○した方） 都道府県 郡市区医師会・その他の医師会

2. 医籍登録番号 第 4 8 7 9 0 6 号

6. 会員

日医 A① A② B C

都道府県

郡市区その他

3. 氏名 フリガナ ヤマダ タクヤ
(姓) (名) 山下 拓也

4. 生年月日 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 61 年 2 月 15 日 5. 性別 ① 男 2. 女

7. 所属施設名（正式名称） フリガナ イノウヘクリニック ヤマダヒロユキカイシ
医療法人 山下泌尿器科医院

8. 施設所在地 TEL 0942 (73) 5301 FAX ()
838-0141 福岡 都道府県 小郡市小郡 1590-6

9. 自宅現住所 TEL 090 (5287) 4165 FAX ()
838-0106 福岡 都道府県 小郡市三沢 3968-14

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 takuyash 97 @ 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 13 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
2 6 泌尿器科

17. 出身校 九州大学医学部

18. 卒業年月 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 ④ 平成 22 年 3 月

19. 医籍登録日 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 ④ 平成 22 年 4 月 26 日

20. 学位取得 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 年 月

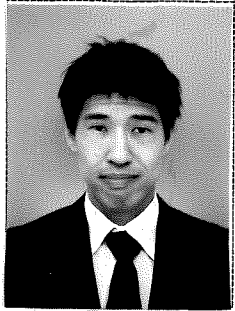
21. 所属学会 ① ② ③ ④
030

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

2020年4月6日現在

ふりがな やました たくや	* ☒ 男・女	
氏名 山下 拓也	印 	
*大正・昭和 61年2月15日生 (満34才)	本籍 福岡	*都道府県 福岡
ふりがな ふくおかけんおどりみつわ	連絡先電話番号	
現住所 (〒838-0106) 福岡県小郡市三沢3968-14	市外局番(090) 5287-4165	

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22年	3	九州大学 医学部 卒業
平成22年	4	松山赤十字病院
平成23年	4	九州大学病院
平成24年	4	県立宮崎病院
平成25年	4	九州大学病院
平成26年	4	北九州市立医療センター
平成27年	4	JCHO 九州病院
平成28年	4	九州がんセンター
平成29年	4	佐賀県医療センター 好生館
平成31年	4	九州大学病院
令和2年	4	山下泌尿器科医院

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
	山下 由紀	妻	平成2年4月13日
	山下 葵	子	平成28年6月14日

専門医・認定医
日本泌尿器科学会専門医

医師免許証	取得年月日 平成22年4月26日	番号 487906
-------	------------------	-----------

保険医登録	記号番号 福医 58573
-------	---------------

年	月	賞 罰 歴

趣味・特技など