

入会申込書

日本医師会

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に〇した方） 大分 都道府県 中津 都市区医師会・その他の医師会

2. 医籍登録番号 第 313095 号

6. 会員

日医 A① A②(B) A②(C) B C

3. 氏名 フリガナ イノウ アキラ
(姓) イノウ (名) アキラ 印

都道府県

4. 生年月日 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 35 年 8 月 7 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 シャムフクシホウジンシヤカイイノウガタフクシセンターセイヨセフエン
社会福祉法人慈愛会医療福祉センター聖ヨセフ園

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 092 (864) 8402 FAX 092 (864) 8402
814-0155 福岡 都道府県 福岡市城南区東油山1丁目6-13-2

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 gloria9156@aol.com

12. 開設主体 13

13. 施設・業務 88

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
13 小児科

17. 出身校 福岡大学医学部

18. 卒業年月 1. 明治 2. 大正 ③ 昭和 4. 平成 63 年 3 月

19. 医籍登録日 1. 明治 2. 大正 ③ 昭和 4. 平成 63 年 5 月 20 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
018067999

22. 指定医 ① 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

令和2年⁴3月¹日現在

ふりがな いとう あきら	*男・女	
氏名 伊藤 晃	印 	
*大正・昭和 35年 8月 7日生 (満 59 才)	本籍 福岡 * 都道府県	
ふりがな ふくおかけん(ちゅう)ぶ(な)く(ちゅう)し(あ)くらやま	連絡先電話番号	
現住所 (〒814-0155) 福岡県福岡市城南区東油山1丁目6-13-2	市外局番(092) 864-8402	

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)
昭和 63	3	福岡大学医学部医学科卒業
昭和 63	6	福岡大学小児科入局
		臨床研修医として以下にて研修
昭和 63	6	福岡大学病院小児科
平成 元	6	北九州市立小倉病院小児科
		医員として以下にて研修
平成 2	6	福岡徳洲会病院小児科
平成 2	12	福岡大学筑紫病院小児科
平成 3	6	福岡大学病院小児科
平成 4	4	福岡大学筑紫病院小児科
平成 5	6	福岡大学病院 救命救急医学
平成 6	6	福岡和台病院小児科

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

3-3

履 歴 書

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 7	5	重度心身障害者施設 久山療育園
		助手として以下に勤務
平成 7	10	福岡大学病院小児科
平成 8	4	福岡大学病院救命救急医学
平成 9	4	福岡大学病院小児科
平成 10	4	福岡大学病院輸血部
		(平成13年9月30日福岡大学退職)
平成 13	10	医療法人井上小児科医院副院長
		社会福祉法人 つくし園 非常勤医師
		中津フビオラ看護学校非常勤講師
令和 2	4	社会福祉法人慈愛会医療福祉センター 聖ヨセフ園

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

家 族	氏名	続柄	生年月日
	伊藤 実奈	妻	昭和40年6月7日
	伊藤 杏実	子	平成7年2月21日
	伊藤 晃矢	子	平成9年11月7日

専門医・認定医
日本専門医機構 日本小児科学会 専門医

医師免許証	取得年月日 昭和63年5月20日	番号 313095
-------	------------------	-----------

保険医登録	記号番号
-------	------

年	月	賞 罰 歴

趣味・特技など