

# 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

小郡市

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。

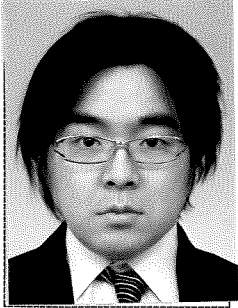
「7」は、都道府県知事に届け出た正式名称を記入してください。

|                    |                                                                                         |                          |              |                    |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------|--------------------|
| 1. 入会区分            | ① 2 3                                                                                   | 異動前の医師会<br>(入会区分で2に○した方) | 都道府県         | 都市区医師会・<br>その他の医師会 |
| 2. 医籍登録番号          | 第 498304 号                                                                              | 6. 会員                    |              |                    |
| 3. 氏名              | フリガナ 手地 秀太<br>(姓) 手地 (名) 秀太                                                             | 日医                       | A① A② A③ B C |                    |
| 4. 生年月日            | 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 57 年 08 月 18 日                                                  | 都道府県                     |              |                    |
| 5. 性別              | ① 男 2. 女                                                                                | 都市区<br>その他               |              |                    |
| 7. 所属施設名<br>(正式名称) | フリガナ シヤカイ イロウ ホウジン シマダ ビョウイン<br>社会医療法人シマダ 嶋田病院                                          |                          |              |                    |
| 8. 施設所在地           | TEL 0942 ( 72 ) 2236 FAX 0942 ( 73 ) 3313<br>838 - 0141<br>福岡 都道府県 小郡市 小郡 217 - 1       |                          |              |                    |
| 9. 自宅現住所           | TEL 090 ( 7986 ) 6578 FAX ( )<br>812 - 0016<br>福岡 都道府県 福岡市博多区博多駅南2-19-6 サウテルシティ博多駅南1402 |                          |              |                    |
| 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      | shota-t@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             | 150 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<br>2 8 脳神経外科                                                    |                          |              |                    |
| 17. 出身校            | 山梨大学医学部医学科                                                                              |                          |              |                    |
| 18. 卒業年月           | 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 23 年 3 月                                                        |                          |              |                    |
| 19. 医籍登録日          | 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 23 年 04 月 21 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<br>047 097                                                                      |                          |              |                    |
| 22. 指定医            | ① ② ③ ④<br>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 245 ほうた                                               | *男・女                                                                                |  |
| 氏名 寺地 昭太                                                   | 印  |                                                                                     |
| *大正・昭和・平成 57 年 8 月 18 日生<br>(満 38 才)                       | 本籍 鹿児島 都道府県                                                                         |                                                                                     |
| ふりがな ふくおか県立ふくおか医療センター 福岡県立福岡市博多区博多駅前2-19-6 がんセンター 博多駅前1402 | 連絡先電話番号                                                                             |                                                                                     |
| 現住所 (〒812-0016) 福岡県福岡市博多区博多駅前2-19-6 がんセンター 博多駅前1402        | 市外局番( 090 )                                                                         |                                                                                     |
|                                                            | 7986-6578                                                                           |                                                                                     |

| 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) |
|------|----|----------------------------------|
| 2011 | 3  | 山梨大学 医学部 医学科 卒業                  |
| 2011 | 4  | 高邦会 高木病院 (臨床研修)                  |
| 2013 | 4  | 久留米大学病院 脳神経外科                    |
| 2013 | 10 | いづみ海生会病院                         |
| 2014 | 4  | 社会保険田川病院                         |
| 2014 | 10 | 大牟田市立病院                          |
| 2015 | 10 | 久留米大学病院 高度救命センター                 |
| 2016 | 7  | 高邦会 高木病院                         |
| 2016 | 10 | 久留米大学病院 脳神経外科                    |
| 2017 | 10 | 公益いづみ総合病院                        |
| 2018 | 10 | 聖マリア病院                           |
| 2019 | 4  | 社会医療法人社団 島田病院                    |

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 |
|---|---|---------|
|   |   |         |
|   |   |         |
|   |   |         |
|   |   |         |
|   |   |         |

|        | 氏名    | 続柄 | 生年月日       |
|--------|-------|----|------------|
| 家<br>族 | 宇地 亨  | 父  | 1949年7月31日 |
|        | 宇地 明子 | 母  | 1948年12月3日 |
|        | 宇地 陽子 | 姉  | 1981年1月13日 |
|        |       |    |            |
|        |       |    |            |
|        |       |    |            |
|        |       |    |            |

| 専門医・認定医  |
|----------|
| 脳神経外科専門医 |
|          |
|          |

|       |                  |           |
|-------|------------------|-----------|
| 医師免許証 | 取得年月日 平成23年4月21日 | 番号 498304 |
|-------|------------------|-----------|

|       |               |
|-------|---------------|
| 保険医登録 | 記号番号 福医 49094 |
|-------|---------------|

| 年 | 月 | 賞 罰 歴 |
|---|---|-------|
|   |   |       |
|   |   |       |
|   |   |       |

|         |
|---------|
| 趣味・特技など |
|         |
|         |
|         |