

入会申込書

日本医師会

入会年月日（医師会使用欄）

令和 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

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）

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 5 0 7 0 8 8 号

6. 会員

日医

A①

A②

(B)

A②

(C)

(B)

C

3. 氏 名

フリガナ

カヤマ

カヤマ

(姓)

中山

(名)

恵介

印

都道
府県

福岡県

4. 生年月日

大正 (昭和)
平成 令和

58 年

05 月

08 日

5. 性別

(男)
女

都市区
その他

小郡市

7. 所属施設名
（正式名称）

フリガナ

イ ロクキョウケン

カウワ ビョウイン

医療法人

協和病院

8. 施設所在地

TEL

0942 (72) 2121

FAX

0942 (73) 0627

838 - 0144

福岡

都道
府県

小郡市 示図 2-1-10

9. 自宅現住所

TEL

090 (078) 090 1517 7238

FAX

()

830 - 0018

福岡

都道
府県

久留米市通町 107-4-1301

10. 文書送付先

施設所在地

自宅現住所

11. 電子メールアドレス

k.to.k.58@gmail.com

12. 開設主体

09

13. 施設・業務

24

14. 病床の有無

(有) 無

有床の場合→

許可病床数

85 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 9

整形外科

17. 出身校

金沢医科大学医学部

18. 卒業年月

大正
昭和
平成

令和

25 年

03 月

19. 医籍登録日

大正
昭和
平成

令和

25 年

03 月

22 日

20. 学位取得

大正
昭和
平成

令和

年

月

21. 所属学会

①

②

③

④

0 25

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

R3 年 5 月 / 日現在

ふりがな なかやま けん けん	*男・女	
氏名 中山 恵介	印 	
*大正・昭和・平成 58 年 5 月 8 日生 (満 37 才)	本籍 福岡 * 都道府県	
ふりがな ふくおかけんくわし とまりまろ	連絡先電話番号	
現住所 (〒800-0018) 福岡県久留米市通町107-4-1301	市外局番(090) 1512-7234	

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)
2013	3	全沢医科大学医学部卒業
2013	4	兵庫県立 淡路 医療センター
2015	4	九州大学病院
2015	10	福岡 東医療センター
2016	4	好生館
2017	4	JCHO 九州病院 登別病院
2018	4	JCHO 九州病院
2019	4	浜の町病院
2020	4	北九州市立医療センター

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
	中山 博司	父	1949年10月7日
	中山 比呂	母	1957年8月14日
	中山 陽介	兄	1980年6月7日

専門医・認定医
日本整形外科学会 整形外科専門医

医師免許証	取得年月日 H25年3月22日	番号 507088
-------	-----------------	-----------

保険医登録	記号番号 福医 56908
-------	---------------

年	月	賞 罰 歴

趣味・特技など