

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

小郡三井

都市区医師会・
その他の医師会

※「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。

「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 都市区医師会・その他の医師会

2.医籍登録番号 第 3 5 8 3 8 9 号

6.会員

日医 A① A② A③ B C

3.氏名 フリガナ シバ タ テルヒサ
(姓) 柴田 (名) 照久 印

都道府県 福岡県

4.生年月日 大正 昭和 平成 令和 43 年 08 月 31 日

5.性別 男 女

都市区 小郡三井医師会
その他

7.所属施設名（正式名称） フリガナ イノウエジシ セイワカイ セイワキネンビョウイン
医療法人 せいわ会 聖和記念病院

8.施設所在地 TEL 0942 (75) 1230 FAX 0942 (75) 8365
〒838-0102 福岡県小郡市津古字半女寺1470番地の1

9.自宅現住所 TEL 092 (584) 6361 FAX ()
811-1302 福岡 福岡市南区井尻2-37-10 エクセル大和201

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

12.開設主体 1 0

13.施設・業務 2 4

14.病床の有無 有 無 有床の場合→ 許可病床数 163 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
0 1 0 4 内科・消化器内科

17.出身校 自治医科大学 医学部

18.卒業年月 大正 昭和 平成 令和 05 年 03 月

19.医籍登録日 大正 昭和 平成 令和 05 年 05 月 17 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
077999

22.指定医 保険医 母体保護法 精神保健 その他

履 歴 書

2022年11月28日現在

ふりがな しほに てるひさ	* ☒ 男・女
氏名 柴田 照久	印 
*大正・昭和・平成 43年8月31日生 (満54才)	本籍 長崎 * 都道府県
ふりがな ふくおかけんくおかしみなみぐいじり	連絡先電話番号
現住所 (〒811-1302) 福岡県福岡市南区丹后2-37-10 エクセレント大和201	市外局番(092) 584-6361



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 5	3	自治医科大学 医学部 卒業
5	6	国立長崎中央病院 (平成7年5月退職)
7	6	上対馬病院 (平成8年4月退職)
8	5	亀田総合病院 (平成9年4月退職)
9	5	対馬いつはら病院 (平成14年5月退職)
14	6	福岡徳洲会病院 (平成24年2月退職)
24	3	今村病院 (平成26年6月退職)
26	7	千鳥橋病院 (令和3年2月退職)
令和 3	3	聖和記念病院
		現在に至る

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
	柴田 恵子	配偶者	昭和47年10月10日
	悠希	子	平成13年11月23日

専門医・認定医
日本消化器内視鏡学会、日本消化器 器 管学会 … 専門医
日本内科学会、日本ヘリコバクター学会 … 認定医
日本人間ドック学会指導医、日本医師会認定産業医

医師免許証	取得年月日 平成5年5月17日	番号 358389
-------	-----------------	-----------

保険医登録	記号番号 福医 52872
-------	---------------

年	月	賞 罰 歴

趣味・特技など