

入会申込書

入会年月日（医師会使用欄）

令和 4 年 5 月 2 日

日本医師会用

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） 福岡 都道府県 福岡 郡市区医師会・その他の医師会

2. 医籍登録番号 第 400657 号

6. 会員

日医 A① A② A③ B C

3. 氏名 フリガナ サネ マツ ヒロ クニ
(姓) 寛松 (名) 寛晋 印

都道府県

4. 生年月日 大正 昭和 平成 令和 48 年 8 月 22 日 5. 性別 男 女

郡市区
その他

7. 所属施設名（正式名称） フリガナ イリヨウ ホウジン カクシンカイ カマチ ビョウイン
医療法人格心会 蒲池病院

8. 施設所在地 TEL 0942 (72) 2007 FAX 0942 (72) 3688
838-0141 福岡 都道府県 小郡市 小郡 1342-1

9. 自宅現住所 TEL 090 (1973) 2711 FAX ()
838-0106 福岡 都道府県 小郡市 三沢 4225-402

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 sane@kamachi-hp.jp

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 148 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
14 15 精神科・心療内科

17. 出身校 九州大学 医学部

18. 卒業年月 大正 昭和 平成 令和 11 年 3 月

19. 医籍登録日 大正 昭和 平成 令和 11 年 4 月 28 日

20. 学位取得 大正 昭和 平成 令和 22 年 3 月

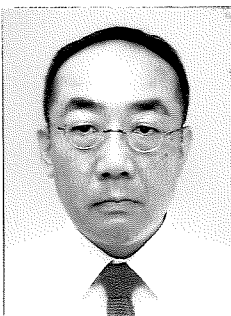
21. 所属学会 ① ② ③ ④
023

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

令和4年5月2日現在

ふりがな さいなまつ ちんく	* ☒ 男・女	
氏名 寛松 寛 晋	印 	
*大正・昭和・平成 48年 2月 22日生 (満 48才)	本籍 福岡 都道府県	
ふりがな	連絡先電話番号	
現住所 (〒838-0106) 小郡市三沢 425-402	市外局番(092) 1973 2711 552 - 0942	

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11年	2月	九州大学 医学部卒業
"	5月	九州大学 附属病院
"12年	5月	国立病院 九州医療センター
"13年	5月	国立肥前療養所 (肥前精神医療センター)
"16年	5月	福岡市精神保健福祉センター
"17年	4月	福岡県立精神医療センター 大宰府病院
"22年	4月	九州大学 附属病院
"27年	4月	三善病院
令和4年	4月	蒲池病院

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 族	実松 絵美	妻	1949.2.28
	“ 蒼大	子	H15.11.16
	“ 紅	子	H18.9.1

専門医・認定医
精神保健指定医、認知症甘本'-1-医
日本精神神経学会認定 精神科専攻医
日本医師会認定 産業医

医師免許証	取得年月日 平成11年4月28日	番号 400657
-------	------------------	-----------

保険医登録	記号番号 福医 39672
-------	---------------

年	月	賞 罰 歴

趣味・特技など