

# 入会申込書

入会年月日（医師会使用欄）

令和 年 月 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

小郡市

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） 都道府県 郡市区医師会・その他の医師会

2. 医籍登録番号 第 543886 号 6. 会員 日医 A① A② A② B C

3. 氏名 フリガナ シマダ テツロウ (姓) 島田 (名) 哲郎 印 都道府県

4. 生年月日 大正 昭和 平成 令和 1 年 4 月 3 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 フクオカ大学病院 福岡大学病院

8. 施設所在地 TEL 092 (801) 1011 FAX 092 (862) 8200 814-0180 福岡 都道府県 福岡市城南区七隈7丁目45-1

9. 自宅現住所 TEL 080 (2926) 3896 FAX ( ) 838-0181 福岡 都道府県 小郡市小郡268-1

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 tetsuro.shimada03@gmail.com

12. 開設主体 11 13. 施設・業務 34

14. 病床の有無 有 無 有床の場合→ 許可病床数 915 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 日本大学医学部 18. 卒業年月 大正 昭和 平成 令和 29 年 3 月

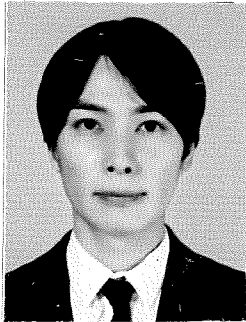
19. 医籍登録日 大正 昭和 平成 令和 29 年 3 月 28 日 20. 学位取得 大正 昭和 平成 令和 年 月

21. 所属学会 ① ② ③ ④ 025 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

2022 年 5 月 25 日現在

|                                    |                                                                                     |                                                                                     |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| ふりがな し ま だ ま つ 3 う                 | *男・女                                                                                |  |
| 氏名 島 田 哲 郎                         | 印  |                                                                                     |
| *大正・昭和・平成 / 年 4 月 3 日生<br>(満 23 才) | 本籍 福岡 * 都道<br>府県                                                                    |                                                                                     |
| ふりがな ふくおかたあじおしおじお                  | 連絡先電話番号                                                                             |                                                                                     |
| 現住所 (〒838-0181)<br>福岡県小郡市小郡268-1   | 市外局番(080)<br>2726-3896                                                              |                                                                                     |

| 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) |
|------|---|----------------------------------|
| 2017 | 3 | 日本大学医学部医学科 卒業                    |
| 2017 | 4 | 日本大学医学部附属板橋病院 研修医                |
| 2019 | 4 | 福岡大学病院 整形外科 助手                   |
| 2020 | 4 | 福岡徳洲会病院 整形外科 医員                  |
| 2021 | 4 | 諸国整形外科病院                         |
|      |   |                                  |
|      |   |                                  |
|      |   |                                  |
|      |   |                                  |
|      |   |                                  |
|      |   |                                  |
|      |   |                                  |
|      |   |                                  |

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

| 家<br>族 | 氏名     | 続柄 | 生年月日        |
|--------|--------|----|-------------|
|        | 島田 絵利華 | 妻  | 1988年11月29日 |
|        | 島田 唯希  | 子  | 2021年1月12日  |
|        |        |    |             |
|        |        |    |             |
|        |        |    |             |
|        |        |    |             |

| 専 門 医 ・ 認 定 医 |
|---------------|
|               |
|               |
|               |

|       |                  |           |
|-------|------------------|-----------|
| 医師免許証 | 取得年月日 平成29年3月28日 | 番号 543886 |
|-------|------------------|-----------|

|       |               |
|-------|---------------|
| 保険医登録 | 記号番号 福医 59001 |
|-------|---------------|

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

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