

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

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

「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

都市区医師会・
その他の医師会

2. 医籍登録番号

第 523117 号

6. 会員

日医

A①

A②

A③

④

C

3. 氏名

フリガナ タエ
（姓） 田縁

（名） ヨコ

印

4. 生年月日

大正 昭和
平成 令和

2 年 3 月 19 日

5. 性別

男
女

都市区
その他

7. 所属施設名
（正式名称）

フリガナ セカイ イヤクホウジン テンジヤ

社会医療法人 天神会

まどかファミリークリニック

8. 施設所在地

TEL 0942 (23) 0066
838-0109

FAX 0942 (23) 0067

福岡

都道府県

小郡市 あすみ 1丁目 40番

9. 自宅現住所

TEL 090 (5927) 1179
815-0041

FAX ()

福岡

都道府県

福岡市南区野間 1-1-9-503

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

taen.yoko@gmail.com

12. 開設主体

09

13. 施設・業務

14

14. 病床の有無

有 無

有床の場合→

許可病床数

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

1 5

心療内科

17. 出身校

佐賀大学 医学部

18. 卒業年月

大正 昭和
平成 令和

27 年

3 月

19. 医籍登録日

大正 昭和
平成 令和

27 年

3 月

23 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

017

075

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5年3月14日現在

ふりがな <u>たにえん</u> <u>ようこ</u>	*男 ☐ 女 ☒
氏名 <u>田縁 洋子</u>	印
*大正・昭和・平成 ☒ 2年 3月19日生 (満 32才)	本籍 <u>大分</u> * 都道府県 ☒
ふりがな <u>よくおかしめなかくのみ</u>	連絡先電話番号
現住所 (〒815-0041) <u>福岡市南区野間 1-1-9-503</u>	市外局番(090) 5927-1179



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)
2015	3	佐賀大学医学部 卒業
2015	4	佐賀県医療センター 好生館 (初期臨床研修医)
		入職
2016	3	佐賀県医療センター 好生館 退職
2016	4	九州大学病院 入職 (初期臨床研修医)
2017	3	九州大学病院 退職
2017	4	九州大学病院 心療内科 入職 (医員)
2019	10	九州大学病院 心療内科 退職
2020	4	国立病院機構 福岡病院 入職 (非常勤医師)
2020	10	国立病院機構 福岡病院 退職
2021	4	まどかファミリークリニック 入職 (非常勤医師)
		現在に至る 以上

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
	なし		

専門医・認定医	
日本内科学会認定医	

医師免許証	取得年月日 平成27年3月23日	番号 523117
-------	------------------	-----------

保険医登録	記号番号 福医 54617
-------	---------------

年	月	賞 罰 歴
		なし

趣味・特技など