

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）

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 394203 号

6.会員

日医

A①

A②
(B)

A②
(C)

B

C

都道
府県

郡市区
その他

3.氏名

フリガナ アカオ
(姓) 中尾

(名) イカイ 功

印

4.生年月日

大正 昭和
平成 令和

48 年 4 月 19 日

5.性別

男
女

7.所属施設名
（正式名称）

フリガナ ケーアイカンカイ
医療法人 くの眼科医院

8.施設所在地

TEL 0942 (75) 0770
838-0102

FAX 0942 (75) 0771

福岡

都道
府県

小郡市 津古 563-1

9.自宅現住所

TEL 0952 (20) 0848
840-0850

FAX 0952 (20) 0848

佐賀

都道
府県

佐賀市新栄東 3-2-29

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

inworks2024@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

10 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

3 2

17.出身校

佐賀医科大学医学部

18.卒業年月

大正 昭和
平成 令和

10 年 3 月

19.医籍登録日

大正 昭和
平成 令和

10 年 4 月 30 日

20.学位取得

大正 昭和
平成 令和

20 年 10 月

21.所属学会

①

②

③

④

027

22.指定医

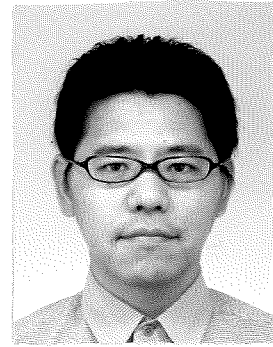
保険医 母体保護法 精神保健 その他

※「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

年 月 日現在

ふりがな	なかお いさお	*男・女
氏名	中尾 功	印
*大正・昭和・平成	48年4月19日生 (満51才)	本籍 佐賀 *都道府県
ふりがな	ナカオ イサオ	連絡先電話番号
現住所 (〒840-0850)	佐賀県佐賀市新栄東 3-2-29	市外局番(0952) 20-0848



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)
1998	3	佐賀医科大学 卒
1998	4	佐賀大学眼科 研修医
1999	4	京都桂病院
2001	4	佐賀大学眼科 医員
2003	4	佐賀大学眼科 助教
2015	1	佐賀大学眼科 講師
2024	4	くわの眼科 医院

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	中 尾 陽子	妻	1976/2/24
	桐子	長女	2005/11/19
	瞳子	次女	2008/4/11
	宗介	長男	2011/11/17

専門医・認定医
眼科専門医

医師免許証	取得年月日 1998年4月30日	番号 394203
-------	------------------	-----------

保険医登録	記号番号 佐医 7495
-------	--------------

年	月	賞 罰 歴

趣味・特技など