

# 会員原簿

所属医師会		会員区分	入会年月日
			年 月 日

写真を貼る位置

写真を貼る必要がある場合

- 1.縦 36～40mm
- 横 24～ 30 mm
- 2.本人単身胸から上
- 3.裏面のりづけ
- 4 裏面に

ふりがな		性別	男・女
氏名		生年月日	年 月 日生
自宅現住所	〒	電話番号	
		FAX番号	
電子メールアドレス		医籍登録番号	第 号
出身大学		医籍登録日	年 月 日
卒業年月	年 月	学位称号	
卒業大学院		主たる診療科	
大学院卒業年月	年 月	担当する診療科	
職 歴			
年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日から 年 月 日まで	
年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日から 年 月 日まで	
年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日から 年 月 日まで	
年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日から 年 月 日まで	
医 師 会 関 係 役 職 歴			
年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日から 年 月 日まで	
年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日から 年 月 日まで	
年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日から 年 月 日まで	
官 公 庁 役 職 歴 ・ 諸 団 体 歴			
年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日から 年 月 日まで	
年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日から 年 月 日まで	
年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日から 年 月 日まで	
年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日から 年 月 日まで	

被 表 彰 歴			
年 月 日		年 月 日	
年 月 日		年 月 日	
年 月 日		年 月 日	
年 月 日		年 月 日	
施 設 内 容			
医療機関名称		電 話 番 号	
所 在 地		F A X 番 号	
経 営 主 体	個人・法人・官公立・その他	開設年月日	年 月 日
開設者	法人名	管理者氏名	
	代表者氏名	職 名	
標 榜 診 療 科		有床・無床別	有床 ( 床 ) ・無床
標榜診療時間		休診日	
上記医療機関以外に	<input type="checkbox"/> (開設・管理・勤務) している (医療機関称 : ) <input type="checkbox"/> (開設・管理・勤務) していない		
指 定 ・ 加 入 ・ そ の 他			
医療機関の指定	保険医療機関 ( 医 号 ) ・ 結 予 ・ 労 災 ・ 生 保 ・ 原 爆 ・ 救 急		
医師の指定	保険医 ( 医 号 ) ・ 母 体 保 護 法 指 定 医		
専門医会への加入	内科・小児科・外科・整形外科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・皮膚科・泌尿器科・精神科・精神神経科・産業医会・胸部・産業医・総合診療医・法医・放射線科・麻酔他 ( )		
加入学会名			
備 考			