（様式第６号）

（おもて）１面

㊙　　　　　　　　会　員　原　簿

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属医師会 |  | 会員区分 | 入会年月日 | | |
| 一般社団法人湖北医師会 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | |  | | | | | | | | | | 性別 | 男・女 | | | | |  | | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 生年月日 | | |  | | 年 | | |  | 月 |  | | 日生 |
| 出身地 | | |  | | | | | 府・県 | | |  | | | | 市・町・村 | | | | | 現住所電話番号 | | | | | |
|  | | | | | |
| 現住所 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 卒業学校 | | |  | | | 年 | |  | | 月卒業 | | 医籍登録番号 | | | | 第 |  | | | | | | | | 号 |
| 学位称号 | | |  | | | | | | | | | 登録年月日 | | | |  | | 年 | | |  | 月 | |  | 日 |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 年 |  | | 月 |  | | 日から | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 年 |  | | 月 |  | | 日まで | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

（うら）２面　　㊙

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職歴・医師会関係役職歴・官公庁役職歴・予備欄 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 年 |  | 月 |  | 日 | |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |
|  | | 年 |  | 月 |  | 日 | |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |
|  | | 年 |  | 月 |  | 日 | |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |
|  | | 年 |  | 月 |  | 日 | |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |
|  | | 年 |  | 月 |  | 日 | |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |
|  | | 年 |  | 月 |  | 日 | |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |
|  | | 年 |  | 月 |  | 日 | |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |
| 指　定 | 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）・優生保護指定医 | | | | | | | | |
| 加　　　入 | 組織・健康保険  専門医会・学会  その他の加入状況 | | | | | | 日本医師会・滋賀県医師連盟・医師協同組合  医師国保・政管健保・組合健保・地域国保・その他  内科・外科・産婦人科・小児科・眼科・耳鼻咽喉科  皮膚科・泌尿器科・精神科・整形外科・精神神経科  産業医会・その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 予　　備　　欄 |  | | | | | | | | | | | | | | |