**会員原簿**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属医師会 |  | 会員区分 | 入会年月日 |  | 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 mm2.本人単身胸から上3.裏面のりづけ4 裏面に |
|  | 年　　月　　日 |
|  |
| 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 |  |
| 電子ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  | 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 |  | FAX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 | □（開設・管理・勤務）している（医療機関称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□（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 |  |