

山东中西医结合学会

鲁中西会字（2024）24号

关于推荐山东中西医结合学会第二届医养结合专业委员会委员候选人的通知

各市中西医结合学会及省直有关单位：

按照学会章程、专业委员会管理办法，将对到届期的医养结合专业委员会进行换届选举、成立第二届专委会。请各单位协助做好专业委员会委员候选人推荐工作，现将委员推荐及征文事宜通知如下：

一、委员候选人条件

(一)从事中医、中西医结合与医养结合、健康养老密切相关科室、专业（老年医学、全科医学、健康管理、康复、护理等）的医疗、教学及科研人员，有较高的专业技术水平和学术造诣。

(二)新委员，需具有本科及以上学历、高级职称，或取得硕、博士学位具有中级专业技术职称人员；基层社区、卫生院、养老机构等从事老年病工作的医务人员，条件可适当放宽。年龄一般在55岁以下；连任委员年龄在60岁以下，博导限65岁以下。

二、推荐名额

各市中西医结合学会推荐8~10名左右（每家医院1~2名），省直单位推荐2~3名。

三、推荐要求

(一)提交材料

1. 被推荐的委员候选人填写《山东中西医结合学会医养结合专业委员会委员推荐表》，加盖所在单位公章，除省直单位以外的其他单位委员候选人须加盖市级中西医结合学会公章。

2. 专业技术职称聘书（或资格证书）复印件；

3. 山东中西医结合学会会员证或复印件，非会员者与会时需办理入会手续（提交会员入会申请表、一张2寸彩色照片、会费300元/5年）。

（二）截止日期

2024年4月15号前邮寄至济南市文化西路42号山东省中医院（邮编：250011）刘朝阳收，联系电话：13853133124。逾期不再受理。

四、征文事宜

详见附件一

五、联系方式

通讯地址：山东中医药大学附属医院老年医学三科，济南市文化西路42号

邮 编：250011

联 系 人：赵鑫 13287711167 微信号：13287711167

联 系 人：刘朝阳 13853133124 微信号：13853133124

电子邮箱：13287711167@163.com

学会官方网站：<http://zxh.sdutcm.edu.cn/>（山东中西医结合学会网）

附件：

- 1、山东中西医结合学会第二届医养结合专业委员会征文事宜
- 2、山东中西医结合学会专业委员会委员候选人推荐表
- 3、推荐山东中西医结合学会专业委员会委员候选人汇总表

山东中西医结合学会

2024年3月20日

附件：1

山东中西医结合学会第二届医养结合专业委员会学术会议征文事宜

一、征文内容

- (一)有关中西医结合老年人健康管理及养老康复的政策研究；
- (二)有关中西医结合老年医学的理论研究和基础研究；
- (三)常见老年病的中西医结合临床研究；
- (四)常见老年病中西医结合诊疗、康复、护理方法、经验体会；
- (五)有关医养结合民政、医保政策支持及探讨。

二、征文要求

(一)山东中西医结合学会医养结合专业委员会委员候选人须提交征文；

(二)未公开发表论文，重点突出、主题明确、科学性强，文责自负。论文不宜超过 3000 字，综述类文章不宜超过 5000 字，并附 500 字左右摘要，包括研究目的、方法、结果和结论等内容；

(三)征文以 word 文档格式录入，A4 版面，题目黑体 2 号字，小标题 3 号黑体，正文仿宋 4 号字，单倍行距。并以附件格式发送至：13287711167@163.com。邮件主题和附件名称统一格式为：作者姓名+单位+论文完整题目。来稿时请详细写清作者姓名、性别、职务、职称、工作单位、通讯地址、邮编、联系电话（手机）及 E-mail；

(四)请自留底稿，恕不退稿。

三、截稿日期：2024 年 5 月 10 日。

附件 2.

山东中西医结合学会_____专业委员会
委员候选人推荐表

姓 名		性 别		出生年月		照片 (一寸免冠)
民 族		籍 贯		政治面貌		
毕业院校		专 业		学 位		
职 务		职 称		博导/硕导		
工作单位				所在部门 (科室)		
通讯地址				邮 编		
手 机				电话/传真		
电子邮箱				会员证号		
社会兼职	本 会					
	其他社团					
综合情况 (包括主要工作领域、学术专长、学术贡献、主要成就等):						
主要教育经历:						
起 止 年 月		学校及专业			学位	

主要工作经历:		
起 止 年 月	工作单位及部门	职务和技术职称
近三年主持或参与课题:		
课题名称 (编号)	起止时间	级别
科研成果及获奖情况 (包括国家级、部级、省级):		
项目名称	级 别	奖 项
本人承诺: 所填信息全部属实, 且社会兼职栏所填信息没有遗漏。	候选人所在单位意见:	市级中西医结合学会意见:
本人签字:	负责人签字:	负责人签字:
年 月 日	盖章:	盖章:
	年 月 日	年 月 日

1. 请附寄会员证复印件, 如未入会, 请同时办理入会手续; 2. 请注明所属分支机构名称; 3. 表中注明签字、盖章处不要空缺; 4. 此表可复印。

附件：2

推荐山东中西医结合学会专业委员会委员候选人汇总表

推荐单位：

推荐时间： 年 月 日

序号	专业委员会 名称	候选人 姓名	出生 日期	职称	职务	工作单位	联系电话	E-mail