

山东中西医结合学会

鲁中西会字〔2024〕30号

关于推荐第二届山东中西医结合学会心身医学专业委员会委员候选人的通知

各市中西医结合学会及有关单位：

按照学会章程及分支机构管理办法，经常务理事会审议通过，近期拟将组建成立山东中西医结合学会心身医学专业委员会。请各单位配合做好委员候选人推荐，现将有关事宜通知如下：

一、委员候选人条件

(一)从事中医、中西医结合密切相关科室、专业（全科医学、健康管理、精神心理医学等）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。学术理论和技术水平在本专业领域内有较大影响；

(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、卫生院等从事相关工作的医务人员，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

各市级中西医结合学会每个专业委员会推荐3~5名委员候

选人、省直有关单位每个专业委员会推荐 1~2 名委员候选人。

三、推荐要求

(一)提交材料 被推荐的委员候选人填写山东中西医结合学会委员推荐表，必须加盖所在单位及市级中西医结合学会公章；专业技术职称聘书复印件；山东中西医结合学会会员证或复印件，非会员者与开会时需办理入会手续（提交会员入会申请表、两张 2 寸彩色照片、会费）。会员申请表可从学会官网：山东中西医结合学会（<http://zxh.sdutcm.edu.cn/>）下载。

(二)截止日期 2023 年 5 月 31 日前，逾期不予受理。请推荐单位将各专业委员会委员候选人推荐表汇总后统一报送至学会办公室，电子版推荐表发送至学会邮箱。

四、征文事宜

(一)征文对象 被推荐的各专业委员会委员候选人以及从事相关专业技术人员均可投稿。

(二)其他事项 详见附件。

五、联系方式

通讯地址：山东济南历下区经十路 16369 号山东中医药大学附属医院东院

邮 编：250014

联 系 人：王玉超 王 舒

联系电话：13256109708 18363087969

电子邮箱：zxyxhweiyuan@126.com

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

会议具体时间、地点另行通知。

附件：

- 1、山东中西医结合学会心身医学专业委员会学术会议征文事宜；
- 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4月3日



附件 1

山东中西医结合学会心身医学专业委员会 学术会议征文事宜

一、征文内容

(一)中医、中西医结合防治心身疾病的经验总结、新理论、新技术、新方法、新进展;

(二)名老中医经验总结及传承经验交流;

(三)中医药、针灸等传统特色疗法防治心身疾病的经验及成果;

(四)防治心身疾病的基础研究、中药新药研究、药理研究。

二、征文要求

(一)未公开发表论文,重点突出、主题明确、科学性强,全文及摘要各一份,全文 2000~4000 字,摘要 300~500 字(包括目的、方法、结果及结论等内容),论文标题下须注明作者姓名、工作单位、邮编,文责自负;

(二)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: xinshenyixue2024@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;

(三)截稿日期: 2024 年 05 月 31 日。请自留底稿,恕不退稿;

三、联系方式

通讯地址: 山东中医药大学附属医院老年医学四科, 济南市文化西路 42 号

邮 编: 250011

联 系 人: 李海云 18560088921 (山东大学齐鲁医院)

联 系 人: 徐学敏 15165130812 (山东省中医院)

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	主持/参与
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	完成人排名
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。 本人签字： 年 月 日	候选人所在单位意见： 负责人签字： 盖章： 年 月 日	市级中西医结合学会意见： 负责人签字： 盖章： 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。

3 = 1/2

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

[illegible]