

山东中西医结合学会

鲁中西会字〔2024〕31号

关于推荐山东中西医结合学会第二届妇科微创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：

按照学会章程及分支机构管理办法，拟将对到届期的妇科微创专业委员会进行换届改选。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)具有副高及以上专业技术职称；

(二)学术理论和技术水平在本专业领域内有较大影响；

(三)从事中医、中西医结合与妇科微创相关科室、专业（妇产科、生殖科、中医科）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；

(四)身体健康，年龄在55岁以下；连任委员年龄在60岁以下，博导限65岁以下；

(五)是山东中西医结合学会会员（未入会者参会时办理入会手续）。

二、推荐名额

各市中西医结合学会推荐8~10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__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1寸彩色照片、会费60元/年）。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

2024年7月31号前，请推荐单位将委员候选人推荐表、会员申请表、汇总表电子版发送学会邮箱；专业技术职称聘书（或资格证书）、会员证复印件及加盖公章的委员候选人推荐表、会员申请表统一报送给学会（发顺丰快递）。

四、征文事宜

详见附件1

五、联系方式

推荐材料报送地址：山东省济南历下区经十路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 人：13256109708 18363087969

学会邮箱：zxyxhweiyuan@126.com

学会官方网站：<http://zxh.sdutcm.edu.cn/>

1. 山东中西医结合学会第二届妇科微创专业委员会征文事宜

2. 山东中西医结合学会妇科微创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04月07日

附件：

山东中西医结合学会第二届妇科微创专业委员会学术会议征文事宜

一、征文内容

- (一)有关妇科微创技术的规范、指南等相关研究；
- (二)妇科微创相关的新技术、新进展，视频演示亦可；
- (三)宫腔镜、腹腔镜技术在妇科肿瘤方面应用进展；
- (四)中医药对围手术期康复治疗的应用；
- (五)中医适宜技术在围手术期尤其术后恢复期的应用及术后管理、随访。

二、征文要求

(一)山东中西医结合学会妇科微创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 7 月 31 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	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。

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