

山东中西医结合学会

鲁中西会字〔2025〕113号

关于推荐山东中西医结合学会内分泌专业委员会委员候选人的第一轮通知

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，经常务理事会审议通过，近期拟将启动第四届山东中西医结合学会内分泌专业委员会换届。请各单位配合做好相关专业委员会委员候选人推荐工作，现将有关事宜通知如下：

一、委员候选人条件

- (一)具有副高级以上专业技术职称；
- (二)学术理论和技术水平在本专业领域内有较大影响；
- (三)热心承担学会工作，学风正派，能联系和团结广大相关专业科学技术工作者；
- (四)身体健康，年龄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

各市级中西医结合学会每个专业委员会推荐7~9名委员候选人、省直有关单位每个专业委员会推荐2~4名委员候选人。

三、推荐要求

- (一)提交材料 经单位推荐的委员候选人填写山东中西医结合学会委员推荐表，附专业技术职称证书、山东中西医结合学会会

员证复印件，经所在单位审核、加盖公章、负责人签字，报送至山东中西医结合学会；经各市中西医结合学会推荐的委员候选人填写山东中西医结合学会委员推荐表，附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，须经市级学会审核、加盖公章、负责人签字，汇总报送至山东中西医结合学会。非会员者与参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：<https://www.sdaim.cn/>（山东中西医结合学会网）-下载专区处下载。

(二)截止日期 2025年8月30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专委会办公室（发顺丰快递），电子版推荐表发送至专委会邮箱（注明：所申请专委会+候选人推荐表）。

四、征文事宜

(一)征文对象 被推荐的各位委员候选人以及从事相关专业技术人员均可投稿。

(二)其他事项见附件1

五、联系方式

通讯地址：山东省青岛市市南区青岛大学附属医院市南院区
门诊楼4楼内分泌科门诊，江苏路16号。

邮 编：266003

联 系 人：曲晨 余霄龙

联系电话：15166653265，18661809072（微信同号）

电子邮箱：sdzxynfm@163.com

学会官方网站：<https://www.sdaim.cn/>（山东中西医结合学会网）

附件：

- 1、相关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
2025年7月21日

附件：1

山东中西医结合学会内分泌专业委员会学术会议征文事宜

1. 征文内容：

- ①糖尿病及其并发症基础和(或)临床研究；
- ②甲状腺、甲状旁腺、垂体疾病、肾上腺等疾病的基础和(或)临床研究；
- ③内分泌性高血压、肥胖、脂代谢疾病、代谢综合征基础和(或)临床研究；
- ④生殖内分泌疾病的基础和(或)临床研究；
- ⑤骨质疏松症、代谢性骨病的基础和(或)临床研究；
- ⑥高尿酸血症及痛风的基础和(或)临床研究；
- ⑦名医、名家治疗内分泌及代谢病的传承方法或经验；
- ⑧中医药、中西医结合治疗内分泌及代谢病的循证研究

2. 征文要求：

①未公开发表论文，论文内容真实、可靠，具备科学性、先进性、实用性，重点突出、主题明确，全文及摘要各一份，全文不超过 6000 字，摘要 800-1000 字(包括题目：作者、单位、目的、方法、结果及结论等内容)，文责自负；

②征文以 word 文档格式录入，A4 版面，详细写清作者联系地址、邮编、电话和 E-mail 地址。邮件主题注明“会议征文”，并以附件格式发送至：sdzxynfm@163.com；

③本次会议将评选优秀论文，并提交大会交流；

④截稿日期：2025 年 9 月 30 日。

⑤联系方式

联系人：曲晨 余霄龙

联系电话：15166653265，18661809072（微信同号）

电子邮箱：sdzxynfm@163.com

附件：2

山东中西医结合学会_____专业/工作委员会 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：3

推荐山东中西医结合学会专业委员会候选人汇总表

推荐单位：

推荐日期：

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

(可续表)