

山东中西医结合学会

鲁中西会字〔2025〕114号

关于推荐山东中西医结合学会麻醉与镇痛专业委员会第四届委员候选人的通知

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，经常务理事会审议通过，近期拟举行第四届山东中西医结合学会麻醉与镇痛专业委员会选举工作，请各单位配合做好相关专业委员会委员候选人推荐工作，现将有关事项通知如下：

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，附专业技术职称证书、山东中西医结合学会会员证复印件，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（发顺丰快递），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 详见附件1。

五、联系方式

学会办地址：山东济南历下区旅游路21717号山东中西医结合学会二楼综合部办公室。

邮 编：250014

联系人：张雨晴

联系电话：0531-81172556

学会办邮箱：zxxyxhweiyuan@126.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27日

附件：1

山东中西医结合学会麻醉与镇痛专业委员会 学术会议征文事宜

一、征文内容

- (一)麻醉和手术相关问题的中、西医理论研究;
- (二)围术期中医药防治恶心呕吐的理论与实践;
- (三)中、西医围术期系统器官功能保护与并发症防治;
- (四)中、西医围术期应激反应调控理论与研究;
- (五)中、西医缺血再灌注损伤的防治;
- (六)中、西医临床麻醉与镇痛的实践与药理;
- (七)中、西医针刺麻醉的基础理论与研究进展;
- (八)中西医结合麻醉的发展思路和科研方法。

二、征文要求

(一)论文内容真实、可靠、具备科学性、先进性、实用性，未在国内外公开发表;

(二)格式要求:论文摘要请用 Word A4 纸编辑,题目采用宋体 2 号黑体;征文采用 4 号字,文稿顺序为题目、单位、作者姓名、联系电话、摘要、关键词、方法、结果、讨论和参考文献等内容。

三、投稿方式

请将征文发送至邮箱: gjx27@163.com, 所有稿件请自留副本, 恕不退稿。欢迎各医疗机构组织相关专业人员踊跃投稿。

四、截稿日期: 2025 年 10 月 15 日。

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： <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <th style="width: 25%;">起 止 年 月</th> <th style="width: 40%;">学 校 及 专 业</th> <th style="width: 35%;">学 位</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							起 止 年 月	学 校 及 专 业	学 位												
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。	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)