

山东中西医结合学会

鲁中西会字〔2025〕40号

关于推荐山东中西医结合学会皮肤性病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，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皮肤性病专业委员会选举工作，请各单位配合做好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名委员候选人及1名青年委员候选人（总数不超过15人），各市级所辖二级及以上单位也可自主推荐候选人（原则上每单位不超过3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

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10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。

五、联系方式

通讯地址：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：17862971291

电子邮箱：zxyxhweiyuan@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、关于山东中西医结合学会皮肤性病专业委员会2025年学术年会的征文通知

2、山东中西医结合学会皮肤性病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皮肤性病专业委员会委员候选人汇总表

山东中西医结合学会
2025年4月8日



附件：1

山东中西医结合学会皮肤性病专业委员会 学术年会征文通知

一、征文内容

中西医结合、中医、西医诊疗皮肤病（尤其是中医经典经方治疗皮肤病）的临床治疗经验、研究进展、疑难病例报道与讨论；医疗美容的临床应用经验及进展等。

二、征文要求

1. 征文(含摘要)全文 3000 字左右，未公开发表论文，主题鲜明，层次清晰，文字简炼，具有较高的学术性、实用性、可操作性。文责自负；

2. 征文以 word 文档格式录入，A4 版面，标题用 3 号宋体字，正文用 5 号宋体字，作者及单位小 4 号楷体；详细写清作者单位、联系地址、邮编、电话（手机）、微信号和 E-mail 地址等；

3. 恕不接收已在国内外公开发表出版的期刊、书籍和学术会议上发表过的论文、报告；

三、投稿方式

请将征文以附件格式发送至邮箱：sdzxypfxh@163.com；并注明“中西医皮肤性病 2025 年学术会议征文”。

四、截稿日期

2025 年 10 月 10 日。

五、联系方式

联系单位：山东中医药大学附属医院，济南市历下区经十路 16369 号

联系人：范 玉：18678776408 朱飞飞：15069107802
刘桂华：13589113285

附件：2

山东中西医结合学会皮肤性病专业委员会 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，反正面打印。

附件：3

推荐山东中西医结合学会皮肤性病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)