

山东中西医结合学会

鲁中西会字（2026） 43 号

关于推荐山东中西医结合学会头痛专业 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：

按照学会章程及专业委员会管理办法，近期将启动山东中西医结合学会头痛专业委员会改选换届。请各单位配合做好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)具有副高及以上专业技术职称（特别优秀者可放宽至中级专业技术职称，并从事该专业工作5年以上）；

(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岁以内，博导、担任国家级学会专业委员会主任委员、副主任委员者，限65岁以内；

(五)在本会任职不超过两个专委会，委员任期连续不超过四届；

(六)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10~15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:

1. 经各市中西医结合学会和省直单位推荐的委员候选人须填写《山东中西医结合学会__专业/工作委员会委员推荐表》和《推荐山东中西医结合学会专业委员会委员候选人汇总表》，附专业技术职称证书、山东中西医结合学会会员证书复印件，经所在单位审核、加盖公章、负责人签字。各市中西医结合学会推荐的委员候选人经所在单位审核盖章后还须市级中西医结合学会审核、加盖公章、负责人签字。

2. 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、会费标准:60元/年,一次性缴纳五年,共300元)。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: **2026年6月30日前**, 请推荐单位将推荐材料汇总后纸质版报送至山东中西医结合学会, 电子版《山东中西医结合学会__专业/工作委员会委员推荐表》及《推荐山东中西医结合学会专业委员会委员候选人汇总表》发送至学会邮箱(邮件注明: 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的技术人员均可投稿。

(二)专业委员会征文事宜见附件1。

五、联系方式

报送地址: 济南市历下区龙洞办事处龙鼎大道西山东路 217

号鑫源山庄二区2号楼二楼（兰陵商会院内）

邮 编：250014

联 系 人：葛畅 18660135279

学会邮箱：sdszxyjhxh@126.com

附件：

- 1、专业委员会征文事宜
- 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
- 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
2026年4月29日



附件：1

山东中西医结合学会头痛学专业委员会学术会议 征文事宜

一、征文内容：

(一) 中医、中西医结合防治头痛的经验总结，新理论，新技术，新方法，新进展；

(二) 名老中医诊治头痛的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头痛的经验及成果；

(四) 头痛防治的基础研究，中药新药研究，药理研究等。

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，全文不超过4000字，摘要600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；

(二) 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"，只接受电子文稿，投稿邮箱：sdzxytt@163.com

(三) 本次会议将评选优秀论文，并提交大会交流；

(四) 截稿日期：2026年6月30日。

三、联系方式

联系人：李炳辰

联系电话：18363080375

投稿邮箱：sdzxytt@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	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：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)