

洛医会〔2021〕1号

**关于推荐第五届小儿外科学专业委员会**

**委员候选人的通知**

各有关医疗卫生单位：

根据我市小儿外科学的发展需要，并充分听取各方面意见，按照《洛阳市医学会专业委员会管理规定》，拟对洛阳市医学会第四届小儿外科学专业委员会进行换届改选。现将有关事宜通知如下：

一、名额分配

洛阳市医学会第五届小儿外科学专业委员会拟由56人组成，推荐委员分配名额如下：

河南科技大学第一附属医院 5人

洛阳市中心医院 4人 河南科技大学第二附属医院 3人

洛阳市第一人民医院 3人

洛阳东方医院 3人

洛阳市第三人民医院 1人

洛阳市中医院 2人

河南省洛阳正骨医院 2人

洛阳市妇幼保健院 3人

解放军联勤保障部队第989医院 1人

洛阳新区人民医院 2人

洛阳市第六人民医院 2人

中信中心医院 1人

洛阳北方企业集团有限公司职工医院 1人

孟津县第二人民医院 1人

各县（市）人民医院 1人

二、委员候选人条件

按照《关于加强专业学术组织委员管理的通知》（洛医会〔2020〕17号）的要求执行。

三、注意事项

1.2017年底以前入会的会员和新入会的会员，一次性交纳5年会员费60元；新入会的会员请填写入会申请表。

2.请按要求认真填写委员推荐表的各项内容；推荐表和申请表请粘贴近期1寸免冠彩色照片。

3.委员候选人由单位推荐，并附会员证、专业技术职称证、第一学历证书、最终学历证书、身份证、职务任命文件（或单位出具的医疗专业组负责人证明）等资料复印件各1份。于2021年1月16日前送至洛阳市医学会（洛龙区政和路市卫生监督局九楼909室）。

4.提交的推荐表、申请表及复印件均需加盖单位公章，加盖“科”“室”“部”等部门章的不予认可。

5.逾期未提交委员候选人推荐表及相关资料的，不在列入第五届小儿外科学专业委员会成员。

本文件和《关于加强专业学术组织委员管理的通知》在洛阳医学网http://www.lyyxw.cn予以公布。

联系人：李冰 联系电话：63322201

附件：1.委员候选人推荐表

2.会员入会申请表

2021年1月4日

附件1

**洛阳市医学会第五届小儿外科学专业委员会委员候选人推荐表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | | | **性别** | |  | **出生年月** | |  | | **照片** |
| **民族** |  | | | **籍贯** | |  | **政治面貌** | |  | |
| **职务** | | | |  | | | **技术职称** | |  | |
| **身份证号** | | | |  | | | | | | |
| **工作单位及科室** | | | |  | | | | | | |
| **上届学会**  **任职** | |  | | | | **入会时间** |  | | **会员证号** | |  |
| **手机** | |  | | | | **办公电话** |  | | **电子邮箱** | |  |
| **主要学习经历** | | | | | | | | | | | |
| **学历** | | | | | | **毕业时间** | | **院校** | | | |
| **第一学历** | | |  | | |  | |  | | | |
| **最终学历** | | |  | | |  | |  | | | |
| **主要工作经历** | | | | | | | | | | | |
| **起止时间** | | | **工作单位** | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | |
| **单位意见：**  **盖章**  **年 月 日** | | | | | **筹备组意见：**  **筹备组签字：**  **年 月 日** | | | | | **学会意见：**  **盖章**  **年 月 日** | |

附件2

**中华医学会会员申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月** | | |  | | **照片** |
| **政治面貌** |  | | **职务** | |  | | | |
| **工作单位** |  | | | | | | | |
| **毕业院校** |  | | | | | **从事专业** | | |  |
| **技术职称** |  | | | | | **所在科室** | | |  |
| **办公电话** |  | | | **手机** | |  | | | |
| **通讯地址** |  | | | | | **邮政编码** | |  | |
| **工**  **作**  **简**  **历** |  | | | | | | | | |
| **单位意见：**  **（盖章）**  **年 月 日** | | | | **学会意见：**  **（盖章）**  **年 月 日** | | | | | |

洛阳市医学会办公室 　　　 　2021年1月4日印发