

山东中医药学会

鲁中会字〔2023〕98号

关于推荐山东中医药学会中医护理技术全科化 工作委员会委员候选人的通知

各市中医药学会及有关单位：

按照学会章程及分支机构管理办法，经学会常务理事会审议通过，拟将组建成立山东中医药学会中医护理技术全科化工作委员会。请各单位配合做好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)是山东中医药学会会员（未入会者参会时办理入会手续）。

二、推荐名额

各市级中医药学会每个分支机构推荐7~10名委员候选人、省直有关单位每个分支机构推荐2~4名委员候选人。

三、推荐要求

(一)提交材料：

1. 被推荐的委员候选人填写《山东中医药学会____专业/工作委员会委员推荐表》，加盖所在单位公章，除省直单位、相关企业以外

的其他单位委员候选人必须经市级中医药学会推荐并加盖公章；

2. 《推荐山东中医药学会分支机构委员候选人汇总表》；

3. 专业技术职称聘书复印件；

4. 山东中医药学会会员证复印件，非会员者与会时需办理入会手续（提交会员入会申请表、一张2寸彩色照片（背面注明姓名、单位）、会费标准：60元/年，一次性缴纳5年，共300元）。会员申请表可从学会官网：山东中医药学会官网一下载专区下载。

（二）截止日期：2023年9月20日前报送纸质版推荐材料至山东中医药学会，逾期不予受理。

四、价值案例征集事宜

详见附件1。

五、联系方式

报送地址：济南市市中区万寿路2号（济南国际创新设计产业园A座4楼4020），山东中医药学会办公室。

联系人：王圣贵 刘秀丽

联系电话：0531-67873166

学会官方网站：www.sdtcm.net（山东中医药学会）

附件：1. 价值案例征集事宜

2. 山东中医药学会____专业/工作委员会委员推荐表

3. 推荐山东中医药学会分支机构委员候选人汇总表

4. 山东中医药学会会员申请登记表



附件 1

山东中医药学会中医护理技术全科化工作委员会 价值案例征集事宜

一、征集目的

积极引导护理人员进一步探索中医护理技术临床应用新思路，深入交流推广覆盖患者诊疗全流程的中医护理特色技术临床应用经验，推动中医护理技术全科化、高质量、可持续发展。

二、征集内容

耳穴技术临床应用价值案例（包括耳穴贴压、耳穴放血、耳穴贴膏、耳穴刮痧、耳穴按摩等耳穴中医治疗技术）。

三、征集要求

(一)真实性。上报案例须在本单位真实开展，对于临床应用技术方法、范围具有一定的总结。

(二)规范性。案例符合耳穴技术使用规范，符合中医辨证施治理论。

(三)实效性。通过技术实施，解决患者诊疗过程中的重点、难点问题，并有确切的临床疗效。

(四)推广性。案例典型，具有良好的示范效应，具有临床借鉴意义和推广价值。

(五)报送材料统一填写“2023 年度价值案例申报书（耳穴技术专项）”（见附件），以附件形式发送至投稿邮箱，项目申报书以“单位一项目负责人一项目名称”命名，邮件主题注明“耳穴技术专项案例申报书”。

四、截止日期

2023 年 9 月 25 日

五、联系方式

联系人：杜云红 17669757035 王阔 17669757550

投稿邮箱：sdzyzyhljsqkh@126.com

山东中医药学会中医护理技术全科化工作委员会
2023 年度价值案例申报书
（耳穴技术专项）

案例名			
单位名		申报部门/科室	
申报人		联系电话	
电子邮		通讯地址	
病例 简介 (500 字 以内)	简要介绍患者主诉、临床表现、辅助检查、诊断、评估等基础信息， 内容全面，重点突出。		
辨证施 术思路 (200 字 以内)	简要介绍结合患者病情与中医辨证思维，应用耳穴技术进行临床干预 的思路。		

附件 2

山东中医药学会_____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。	候选人所在单位意见：	市级中医药学会意见：	
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

推荐山东中医药学会分支机构委员候选人汇总表

推荐单位:

推荐日期: 年 月 日

序号	分支机构 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)

附件 4

山东中医药学会会员申请登记表

姓 名		性 别		出生年月		照 片
最高学历		毕业学校				
工作单位			职 称		职 务	
从事专业			通讯地址			
联系电话			邮 编		E-mail	
综合情况:						
所在单位意见:				山东中医药学会审查意见:		
公 章 年 月 日				公 章 年 月 日		

附件：提供 2 寸免冠彩色照片两张、职业证书或职称证书复印件，会费标准为 60 元/年，一次性缴纳 5 年，共计 300 元。