

# 山东中医药学会

鲁中会字（2024）130 号

## 关于推荐山东中医药学会中和医派研究委员会 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，拟将组建成立山东中医药学会中和医派研究委员会。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(特殊情况 5 年以上主治医师)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》，附专业技术职称证书、山东中医药学会会员证复印件，所在单位审核、加盖公章、负责人签字、汇总后，交市中医药学会。

2. 各市中医药学会将各单位推荐的委员候选人审核、加盖公章、

负责人签字后，将推荐材料汇总（纸质版）寄送至山东中医药学会，并填写《推荐山东中医药学会分支机构委员候选人汇总表》电子版发送山东中医药学会邮箱。（注：省直单位、相关企业由所在单位审核、加盖公章、负责人签字、汇总后报送纸质版、电子版汇总表至山东中医药学会），山东中医药学会不受理个人报送材料。

3. 非山东中医药学会会员者与会时需办理入会手续（提交会员入会申请表、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：请各市学会、省直单位于 2024 年 10 月 17 日前报送汇总后的推荐材料，逾期不予受理。

#### 四、征文事宜

详见附件 1。

#### 五、材料报送联系方式

各市学会、省直单位纸质汇总材料报送地址：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：刘秀丽

联系电话：0531-67873166

各市学会、省直单位推荐候选人汇总表（附件 3）发送至学会邮箱：sdtcma@126.com

学会官方网站：www.sdtcm.net（山东中医药学会）

附件：1. 征文事宜

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

山东中医药学会  
2024 年 9 月 13 日

## 附件 1

# 山东中医药学会中和医派研究委员会学术会议 征文事宜

### 一、征文内容

- (一)中和医派相关中医理论研究及相关诊疗案例、经验;
- (二)孙光荣国医大师临证思想及验案;
- (三)中医经典理论在临床诊疗中的体现和经验。

### 二、征文要求

- (一)论文资料务必真实可靠,未公开发表(包括会议及杂志);
- (二)论文简明扼要,引文准确,文责自负;
- (三)全文及摘要各一份,全文 4000 字以内,附 200~400 字摘要(包括目的、方法、结果和结论四个部分)。文末请注明:作者姓名、性别、职务/职称、工作单位、通讯地址、邮编、联系电话和电子邮箱;
- (四)论文以 word 文档格式录入, A4 版面,全文采用宋体,题目用二号字加粗;正文用小四号字, 1.5 倍行距;摘要、作者用五号字,单倍行距。以附件形式发送至投稿邮箱,文档标题格式:“征文名称+第一作者姓名”,邮件主题注明“中和医派研究学术征文”。

### 三、截稿日期

2024 年 10 月 17 日

### 四、征文联系方式

联系人:叶勇 13405310993    邵丽 18660522868

投稿邮箱: 3262800747@qq.com

## 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<br>(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<br>(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，请与会时办理入会手续；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

市级学会/省直单位盖章：

推荐日期： 年 月 日

| 序号 | 分支机构<br>名称    | 候选人<br>姓名 | 出生<br>日期 | 职称 | 职务 | 工作单位 | 联系电话 | E-mail |
|----|---------------|-----------|----------|----|----|------|------|--------|
|    | 中和医派研<br>究委员会 |           |          |    |    |      |      |        |
|    |               |           |          |    |    |      |      |        |
|    |               |           |          |    |    |      |      |        |
|    |               |           |          |    |    |      |      |        |
|    |               |           |          |    |    |      |      |        |
|    |               |           |          |    |    |      |      |        |

(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<br>年 月 日 |  |      |      | 公 章<br>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。