

# 山东中医药学会

鲁中会字（2024）183号

## 关于报送2024年工作总结及2025年 工作计划的通知

学会所属各分支机构、各市中医药学会及有关单位：

2024年度在大家团结奋进、共同努力下，学会工作取得重大进展，成功举办了2024第二届山东省中医药文化节、中医药高质量发展论坛（泰山科技论坛）、2024年山东省中医经典经方应用大赛。各分支机构、各市中医药学会及有关单位组织建设、人才队伍、学术交流等也取得新成绩。现根据我会工作安排要求，为做好全年工作总结，更好地进行下一年度工作安排，请各单位报送相关材料，主要包括以下内容：

### 一、2024年工作总结

各单位要对照2024年学会工作要点，结合实际，对工作开展情况进行全面总结，特别是党建工作、学术活动、继续教育、科学普及、人才培养、科学研究、科技服务等工作情况。要求内容清楚，重点突出，实事求是，成绩效益、会议规模等尽量用数字表达，保证准确。并结合学会现状分析困难和问题，深入剖析成因，提出解决办法，填写《2024年学会工作汇总表》（见附件1）。

### 二、2025年工作计划

学会所属各分支机构科学拟定2025年工作要点，针对明年发展形势进行深入分析，细化工作思路、目标，明确主要任务、重

点项目、推进措施等，并填写《2025年山东中医药学会分支机构工作计划表》（见附件2）；在2025年届期已满的，应做好换届筹备计划，并填写《山东中医药学会分支机构改选换届申请表》（见附件3）；在2024年新成立及已进行改选换届的分支机构，须填写《山东中医药学会分支机构基本情况备案表》（见附件4）。

### 三、有关要求

请各单位根据通知要求，务必于2024年12月4日前，将以上相关材料纸质版及电子版报送学会办公室。

通讯地址：济南市中区万寿路2号，济南国际创新设计产业园A座4020山东中医药学会办公室。

邮政编码：250003

联系人：刘毅 刘秀丽

联系电话：0531-67873166

电子邮箱：sdtcma@126.com

官方网站：山东中医药网 [www.sdtcm.net](http://www.sdtcm.net)

- 附件：1. 2024年学会工作汇总表  
2. 2025年山东中医药学会分支机构工作计划表  
3. 山东中医药学会分支机构改选换届申请表  
4. 山东中医药学会分支机构基本情况备案表



## 附件 1

## 2024 年学会工作汇总表

市级学会或 省学会所属分支机构名称			
联系人		联系电话	
电子邮箱		挂靠单位	
通讯地址			
<p>改选换届及委员队伍建设情况：</p> <p>例：1.改选换届/成立时间，组织构架、委员人数，发展会员人数等 2.分支机构委员会会议，时间、地点等……</p>			
<p>党建工作：</p> <p>组织（ ）次学习教育，参加学习（ ）人；参与或组织党建室外活动（ ）次，参加活动（ ）人等。</p>			
<p>学术活动情况：</p> <p>共举办（ ）次：其中国家级（ ）次，省级（ ）次； 邀请专家人数：省外（ ）人，省内（ ）人； 论文集（无/有），会议交流论文（ ）篇； 参会人数（ ）人。 例：说明学术活动的时间、地点、内容、参与专家、参会人数、论文集(无/有)、论文篇数等详细内容……</p>			
<p>继续教育班情况：</p> <p>共举办（ ）次：其中国家级（ ）次，省级（ ）次。</p> <p>例：说明继续教育项目名称、时间、地点、内容、参会人数等……</p>			

**科学普及情况：**

共举办（ ）次，活动名称（ ）；

举办时间（ ），地点（ ），参与专家（ ）人；宣教人数（ ）

例：1.说明科普活动名称、举办方式、时间、地点等.....

2.科技咨询名称、方式、内容、社会影响力等

**义诊帮扶情况：**

共举办（ ）次，活动名称（ ）；

举办时间（ ），地点（ ），参与专家（ ）人，诊疗病人（ ）人。

例：说明义诊活动名称、时间、地点、诊疗人数等.....

**取得的荣誉：**（包括分支机构委员在国家学会任职情况等）

**重大事项 1-2 项：**

例：名称、主要做法、目的意义、影响力等

**其他：**

**申报单位审核意见：**

**分支机构主委签字：**

**挂靠单位盖章：**

年 月 日

附件 2

2025 年山东中医药学会分支机构工作计划表

分支机构名称	
<p><b>党建工作：</b></p> <p>拟组织（ ）次学习教育，参加学习（ ）人；参与或组织党建室外活动（ ）次，参加活动（ ）人等。</p>	
<p><b>学术活动：</b></p> <p>例：学术活动的时间、地点、主要内容、参与专家、参会人数、会议目的等详细内容.....</p> <p>拟举办（ ）次：其中国家级（ ）次，省级（ ）次；</p> <p>邀请专家人数：省外（ ）人，省内（ ）人；</p> <p>参会人数（ ）人；</p> <p>论文集（无/有），征文截稿日期（ ），是否申请继续教育项目（是、否）；</p> <p>主要内容：</p>	
<p><b>继续教育班：</b></p> <p>拟举办（ ）次：其中国家级（ ）次，省级（ ）次。</p> <p>例：说明继续教育项目时间、地点、主要内容、参会人数等.....</p>	

**科学普及情况：**

拟举办（ ）次，活动名称（ ）；

举办时间（ ），地点（ ），参与专家（ ）人；宣教人数（ ）

例：1.说明科普活动名称、举办方式、时间、地点等.....

2.科技咨询名称、方式、内容等

**义诊帮扶情况：**

拟举办（ ）次，活动名称（ ）；

举办时间（ ），地点（ ），参与专家（ ）人，诊疗病人（ ）人。

例：说明义诊活动名称、时间、地点、拟诊疗人数等.....

**重大项目或特色活动 1-2 项：**

例：名称、主要做法、目的意义、影响力等

联系地址、邮编	
分支机构主委签字 (签字)	年 月 日

附件 3

山东中医药学会分支机构改选换届申请表

分支机构名称及届次		山东中医药学会第_____届_____委员会	
拟定会议时间		拟定会议地点	
筹备工作联系人		联系电话	
换届理由			
本届工作总结			
新一届工作计划			
主任委员签字			

附件 4

山东中医药学会分支机构基本情况备案表

分支机构名称	山东中医药学会第__届__委员会					挂靠单位		
	姓名	性别	年龄	工作单位	专业	职称	电话	身份证号
主委								
副主委								
秘书								

注：表格可加行，2024 年度完成改选换届或新成立的专业委员会须填报备案。