

# 山东省老年医学研究会文件

鲁老医函[2016]第 03 号

---

★

## 关于推荐癫痫专业委员会委员候选人的 通知

各市医学会、中医药学会及有关医疗单位：

根据山东省民政厅及山东省科学技术协会的有关文件精神，经山东省老年医学研究会第一届六次常务理事会研究，决定于 2016 年 5 月在济南市召开山东省老年医学研究会癫痫专业委员会成立大会。现将有关事项通知如下：

### 一、推荐名额

请贵单位择优推荐 2-3 名委员候选人。

### 二、推荐条件

1、从事癫痫或脑神经电生理专业的高校教师、临床医护、科研人员，或从事与专业相关的管理人员以及单位负责人均可推荐。

2、要求拥护党的领导，热心学会及老年癫痫或脑神经电生理专业，承认并拥护本会的章程，自愿加入本会。入会后，

应积极参加本会组织的学术活动，积极发展新会员入会，按时交纳会费（20元/年）。

3、要求在本学科领域内具有一定的影响，一般应具有中级及其以上技术职称，或副主任以上管理职务；或成绩突出并发展5名以上会员者。

### 三、推荐程序

择优推荐，填写委员推荐、入会申请表1份（贴1寸免冠照片1张），加盖单位公章，于5月8日前快递寄山东省老年医学研究会：250012 济南市文化西路107号山东大学齐鲁医院657信箱 刘德山理事长收。联系人：刘德山教授，联系电话：13791122035；尚伟教授（山东大学第二医院神经内科），联系电话：15153169993。另附入会、委员推荐表，复印有效。请务必将电子版入会申请表发送至 [sdsasg@163.com](mailto:sdsasg@163.com)。相关文件和表格可以到学会网站 [www.sdsasg.com](http://www.sdsasg.com) 下载专区下载或发电子邮件索取。

  
山东省老年医学研究会  
2016年1月19日

# 山东省老年医学研究会癫痫专业委员会 委员推荐、入会申请表

编号: \_\_\_\_\_

|                            |                      |     |       |      |  |                  |
|----------------------------|----------------------|-----|-------|------|--|------------------|
| 姓 名                        |                      | 性 别 |       | 出生年月 |  | 贴<br>照<br>片<br>处 |
| 民 族                        |                      | 籍 贯 |       | 政治面貌 |  |                  |
| 最高学历                       |                      |     |       | 入会时间 |  |                  |
| 职称职务                       |                      |     |       | 会内职务 |  |                  |
| 工作单位                       |                      |     |       |      |  |                  |
| 所在科室                       |                      |     | 研究方向  |      |  |                  |
| 通讯地址                       |                      |     |       |      |  |                  |
| 邮政编码                       |                      |     | 联系电话* |      |  |                  |
| E- mail                    |                      |     |       |      |  |                  |
| 个<br>人<br>简<br>介           |                      |     |       |      |  |                  |
| 单<br>位<br>推<br>荐<br>意<br>见 | 推荐单位盖章：<br>201 年 月 日 |     |       |      |  |                  |
| 学<br>会<br>意<br>见           | 学会盖章：<br>201 年 月 日   |     |       |      |  |                  |
| 备<br>注                     |                      |     |       |      |  |                  |

本表可到 <http://www.sdsasg.com/> 下载，填好后请寄山东省老年医学研究会，地址：250012 济南市文化西路 107 号山东大学齐鲁医院 657 信箱 刘德山教授收。联系电话:13791122035。请务必将电子版申请表发送至 [sdsasg@163.com](mailto:sdsasg@163.com)