

山东省老年医学研究会文件

鲁老医函[2016]第 05 号



关于推荐皮肤肿瘤与皮肤外科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常务理事会研究决定，于 2016 年 4 月在济南市召开山东省老年医学研究会皮肤肿瘤与皮肤外科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、从事皮肤肿瘤与皮肤外科专业的高校教师、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，热心学会及皮肤肿瘤与皮肤外科专业，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4月15日前快递寄山东省老年医学研究会：250012 济南市历下区文化西路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；蔡大幸副教授（山东大学齐鲁医院皮肤科），联系电话：18560085072。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。相关文件和表格可以到学会网站 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2月29日

山东省老年医学研究会皮肤肿瘤与皮肤外科专业 委员会委员推荐、入会申请表

编号: _____

姓 名		性 别		出生年月		贴 照 片 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 人 简 介						
单 位 推 荐 意 见	推荐单位盖章： 201 年 月 日					
学 会 意 见	学会盖章： 201 年 月 日					
备 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 济南市历下区文化西路 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