河南省医院协会文件

豫医协〔2018〕26号

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

河南省医院协会关于推荐医院社会工作暨志愿服务工作委员会委员的通知

各省辖市医院协会及相关医院：

为贯彻国家卫生计生委《关于印发进一步改善医疗服务行动计划（2018-2020年）》（国卫医发〔2017〕73号）、河南省卫生计生委《关于印发河南省医疗系统实施“患者满意提升工程”工作方案（2018-2020年）的通知》（豫卫医〔2018〕3号）等文件精神，改善患者就医感受，提高患者就医满意度，经河南省医院协会研究决定,由河南省胸科医院作为发起单位牵头成立“医院社会工作暨志愿服务工作委员会”。拟定于2018年9月在郑州召开河南省医院协会医院社会工作暨志愿服务工作委员会成立暨学术研讨会议，请各医疗单位做好委员候选人推荐工作。现将有关事宜通知如下：

**一、委员候选人推荐对象和条件**

（一）拥护党的领导，拥护新时代中国特色社会主义，认真执行国家各项政策法规，热爱协会及医院管理工作，热心医院社会工作和志愿服务工作，身体健康，58周岁以下。

（二）委员候选人还需符合以下条件之一

（1）候选人应为各级医院主管副院长或社工部、党办、院办、团委、工会、医务处（科）、护理部、患者服务部、健康管理部、志愿服务管理等部门相关负责人。

（2）从事医院志愿服务管理工作两年以上，具有较高的理论水平，具备一定的组织管理、沟通协调能力。

（三）委员候选人须是河南省医院协会会员（可同时办理个人入会手续，见附件2）。

（四）常务委员候选人所在单位须是河南省医院协会团体会员（可同时办理团体入会手续，见附件3）

**二、名额分配**

（一）省直医疗机构（各限3-5人）：

（二）地市级医疗机构（各限2-3名）：

（三）县（市）级医疗机构（各1-2名）

（四）大型企业、行业、民营所属医疗机构（各1-2名）

**三、推荐办法**

单位组织推荐，个人自愿申请，认真填写推荐表（见附件1），请于2018年6月1日前将加盖单位公章的推荐表扫描件或照片发送至指定邮箱（hnsxkyysgb@126.com），由河南省胸科医院社会工作部汇总后统一报河南省医院协会办公室，已是会员单位或个人会员的不再填报附件2、3。

地址：河南省郑州市金水区纬五路一号 邮编：450000

联系人：刘雅敏 贾天食 张翼

电话：0371-65662729、65579055、15303717274

推荐表、申请表下载、申报邮箱： hnsxkyysgb@126.com

密码：65662729

推荐表、申请表纸质版申请人签名、单位盖章后的扫描件发至hnsxkyysgb@126.com邮箱。

附件： 1.河南省医院协会医院社会工作暨志愿服务工作委员会第一届委员候选人推荐表

2. 河南省医院协会个人会员入会申请表

3. 河南省医院协会团体会员入会申请表

2018年5月2日

**附件1**

**河南省医院协会医院社会工作暨志愿服务工作委员会第一届委员候选人推荐表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生 | 年 月 日 | | |
| 民 族 |  | 最后学历 |  | 学位 |  | 邮编 |  |
| 职 务 |  | 技术职称 |  | 专业 | |  | |
| 工作单位 |  | | | 现任职时间 | |  | |
| 联系电话 |  | | | 微信号 | |  | |
| 通讯地址 |  | | | 社会职务 | |  | |
| 曾获得何种  荣誉称号 |  | | | | | | |
| 主 要  工作简历 |  | | | | | | |
| 已发表的  论文及专著 |  | | | | | | |
| 本单位  意 见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | |
| 河南省医院协会  审批意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | |

注：省直医疗单位只填本单位意见

填表日期 年 月 日

**附件2**

**河南省医院协会个人会员入会申请表**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_市:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | | |  | | 出生年月 | |  | | | | 一寸照片 | |
| 民 族 |  | | 党 派 | | |  | | 文化程度 | |  | | | |
| 职 称 |  | | 专 业 | | |  | | 职 务 | |  | | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | | | 电 话 | | | |  | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | 邮 编 | | | |  | |
| 所属分会、专业委员会 | | | | |  | | | | | E-mail | |  | | | |
| 缴纳会费  记录 | | 时间 | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |
| 金额 | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |
| 工作简历 | | 申请人（签名） | | | | | | | | | | | | | |
| 推荐单位  意 见 | | 盖 章  年 月 日 | | | | | | | 批准单位  意 见 | | 盖 章  年 月 日 | | | | |

说明：缴纳会费情况、批准单位意见均由河南省医院协会填写。

**附件3**

**河南省医院协会团体会员入会申请表**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_市:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 |  | | | | 地址 | | | |  | |
| 邮 编 |  | | 电 话 |  | | | 传真 | |  | |
| E-mail |  | | | 医疗机构执业证书号 | | | | |  | |
| 床位数 |  | | | 何时被评为几级几等 | | | | |  | |
| 医院类型  类型下打对勾 | 综 合 | 专 科 | | 企 业 | | 部 队 | | | 民 营 | 其 他 |
|  |  | |  | |  | | |  |  |
| 院长姓名 |  | 手机 | |  | | | | | 电话 |  |
| 联系人 |  | 手机 | |  | | | | | 电话 |  |
| 交纳会费记录 | 时间 |  | |  | | | |  | |  |
| 金额 |  | |  | | | |  | |  |
| 申请单位盖章  年 月 日 | | | | 批准单位盖章  年 月 日 | | | | | | |

说明：缴纳会费情况、批准单位意见均由河南省医院协会填写。