河南省医院协会

关于推荐乳腺疾病管理与创新分会委员候选人的通知

各省辖市医院协会及相关医疗单位：

为贯彻国家卫健委、中医药管理局提出的中国乳腺癌全程、全方位管理理念，促进抗癌知识和技术的普及推广，加快乳腺肿瘤防治事业发展和人才成长，实现习主席关于“总体癌症5年生存率提高15%”的目标，经河南省医院协会研究决定，成立“乳腺疾病管理与创新分会”，请贵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，热心乳腺疾病规范化管理与创新工作，身体健康，58周岁及以下。

（二）各级医院分管乳腺疾病的院领导、乳腺外科、肿瘤内科、病理科、放疗科、放射科等医院相关科室的负责人及专业管理人员。

（三）从事乳腺疾病相关工作两年以上，具有较高理论水平和一定的组织管理、沟通协调能力，任职期间未受过党、政部门处分。

（四）委员候选人须为河南省医院协会会员。

二、名额分配

（一）省直医疗单位（各限3～5名）；

（二）省辖市级医疗单位（各限2～3名）；

（三）县级医疗单位（各限1～2名）；

（四）大型企业、行业、民营、部队所属医疗单位（各限1～2名）。

三、推荐办法

个人自愿申请和单位组织推荐均可，请认真填写推荐表（见附件1），并于2018年10月30日前将加盖单位公章的推荐表扫描件发送至指定邮箱（303442802@qq.com），由河南省人民医院汇总后统一报河南省医院协会办公室

推荐表、申请表下载请登录河南省医院协会网站。

地  址：郑州市东明路127号

邮  编：450008

联系人及电话：0371-65897617

梁栋 （15838263302）

于洋 （15136166353）

 附件：1.河南省医院协会乳腺癌全程管理分会第一届委员候选人推荐表

2.河南省医院协会团体会员入会申请表

3.河南省医院协会个人会员入会申请表

 2018年10月 9日

附件1

河南省医院协会乳腺疾病管理与创新分会

第一届委员候选人推荐表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **民族** |  |
| **出生年月** |  | **学历** |  | **学位** |  |
| **职 务** |  | **职 称** |  |
| **工作单位** |  | **联系电话** |  |
| **微信号** |  | **现任职时间** |  |
| **通讯地址** |  | **社会职务** |  |
| **主 要****工作简历** |  |
| **曾获得****荣誉称号** |  |
| **已发表****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：省直医疗单位只填写本单位意见**

**填表日期 年 月 日**

附件2

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** |  |
| **Email** |  |
| **床位数** |  | **何时被评为几级几等** |  |
| **医院类型****（类型下打对号）** | **综合** | **专科** | **企业** | **部队** | **民营** | **其 他** |
|  |  |  |  |  |  |
| **院长姓名** |  | **手机** |  | **电话** |  |
| **党委书记** |  | **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**

附件3

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、分会 |  | 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。