河南省医院协会

关于召开急救分会第三次会员大会

暨全省院前急救与危重症学术论坛的通知

各省辖市医院协会、各有关医疗卫生单位：

根据《河南省医院协会章程》《河南省医院协会分支机构管理办法》，河南省医院协会第二届急救分会已经届满。为适应新时代医疗卫生改革的需求，凝聚全省院前急救力量，更好地推动我省院前急救工作可持续发展，经河南省医院协会研究，定于2018年7月11至13日召开急救分会第三次会员大会暨全省院前急救与危重症学术论坛。现将会议有关事项通知如下：

一、会议主题

精准、立体、智慧、协同

二、会议内容

（一）河南省医院协会急救分会第二届委员会工作报告；

（二）选举河南省医院协会急救分会第三届委员会；

（三）全省院前急救与危重症学术论坛。

三、参会人员

（一）推荐的急救分会第三届委员会的委员候选人；

（二）有关医疗卫生单位从事急诊急救工作的人员。

四、委员推荐条件

（一）思想政治坚定，爱党敬业，从事急诊急救管理工作，具有副科级以上行政级别或中级以上专业技术职称；

（二）工作认真，作风正派，组织协调能力强，积极参加急救分会活动，热心急诊急救工作及协会工作；

（三）年龄在65周岁以内，原则上要求工作岗位相对稳定，能够坚持本届任期内工作；

（四）所在单位是河南省医院协会团体会员（可同时办理入会手续）；

（五）个人是河南省医院协会会员（可同时办理入会手续）。

五、委员名额分配

省直医院各推荐1～2名委员候选人；各省辖市120急救指挥中心各推荐1～2名委员候选人（郑州市可推荐3～4名委员候选人），市级医院各推荐1～2名委员候选人；每个县（市）120急救指挥中心各推荐1名委员候选人，县（市）级医院各推荐1名委员候选人。

六、会议时间地点

（一）会议时间

1.2018年7月11日14:00～21:00，报到；

2.2018年7月11日19:00～20:00，召开河南省医院协会急救分会第三次会员大会预备会议。选举产生急救分会第三届委员会委员；

3.2018年7月12日～13日，召开河南省医院协会急救分会第三次会员大会暨全省院前急救与危重症学术论坛。

4.2018年7月13日下午离会。

（二）会议地点

河南盛世民航国际酒店（地址：郑州市金水路与东明路交叉口西北角。）

七、会议费用

每人600元（含会务费、资料费、餐费），住宿统一安排，住宿费及交通费自理（标间收费标准：380元/日，床190元/日）。

八、其他事项

（一）按照名额分配，遵循个人自愿申请原则，第三届委员会委员候选人填写《河南省医院协会急救分会委员候选人推荐表》，经所在单位推荐加盖公章，于2018年6月22日前将扫描件电子版发至分会邮箱hnjjfh@126.com；

（二）推荐为急救分会第三届委员会委员的候选人，本人所在单位非河南省医院协会团体会员单位的，需办理团体会员入会手续；本人非河南省医院协会会员的，需办理个人会员入会手续。有关办理入会事宜，可咨询河南省医院协会，联系人：朱宏伟，联系电话：15333869369；

（三）河南省医院协会急救分会第二届委员会常委会负责收集各地上报委员候选人推荐表，换届工作小组对委员候选人进行资格审查，提出第三届委员会委员、常务委员、副主任委员、主任委员候选人建议名单。报河南省医院协会审核；

（四）参会人员请于2018年6月22日前填写《参会回执》，发送至分会邮箱。

联系人：谢永富 13598838098 0371-68091137

分会电子邮箱：hnjjfh@126.com

附件：1.河南省医院协会急救分会委员候选人推荐表

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

4.参会回执

二〇一八年五月三十日

附件1

河南省医院协会急救分会委员

候选人推荐表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出 生 |  年 月 日 |
| 民 族 |  | 最后学历 |  | 学 位 |  | 专业 |  |
| 职 务 |  | 技术职称 |  | 党 派 |  |
| 工作单位 |  | 邮 编 |  |
| 联系人电话 |  | 传 真 |  | 医院床位 |  |
| 通讯地址 |  | 社会职务 |  |
| 家庭地址 |  | 手 机  |  |
| 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 |
| 省辖市医院协会（或卫生计生委）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

河南省医院协会团体会员入会申请表

**市：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 |  | 地 址 |  |
| 邮 编 |  | 电 话 |  | 传真 |  |
| Emil |  |
| 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 |  | 出身年月 |  | 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 |  | Emil |  |
| 交纳会费金额 | 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4

参会回执

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 单位 | 民族 | 职务/职称 | 联系电话 | 电子邮箱 | 是否住宿 |
|  |  |  |  |  |  | 合住（ ）单住（ ） |
|  |  |  |  |  |  | 合住（ ）单住（ ） |
|  |  |  |  |  |  | 合住（ ）单住（ ） |
|  |  |  |  |  |  | 合住（ ）单住（ ） |
|  |  |  |  |  |  | 合住（ ）单住（ ） |