|  |
| --- |
| **山东省社会办医疗机构协会**  鲁社医协发〔2022〕7号 |

**关于征询首届山东省社会办医疗机构协会**

**医学装备管理分会委员候选人及医学装备情况的通知**

各会员单位：

山东省社会办医疗机构协会医学装备管理分会筹备报告已报协会理事会，并经协会批准，成立大会拟定于2022年4月中旬在济南召开。现向你单位征询分会委员候选人及医学装备情况。

委员候选人条件为：全省社会办医疗机构、企业从事（或拟从事）器械、耗材等医学装备相关专业的从业人员，具有良好职业道德，热心协会工作，现任医院科室主任、管理人员或企业中层以上负责人优先推荐。会员单位委员候选人限推荐2名，理事以上单位限推荐4名。

请认真填写《山东省社会办医疗机构协会医学装备管理分会委员候选人推荐表》及《山东省社会办医疗机构协会会员单位医学装备情况登记表》，于2022年3月18日前将原件邮寄至分支机构管理部或扫描后发至协会邮箱。逾期不报，视为自动放弃委员资格。

收件人：分支机构管理部 李晓刚

电 话：13678815975 18953151500

地 址：山东省济南市历城区唐冶新区鲁商凤凰广场2号楼10层

邮 箱：sdshbyxh@163.com

附件一：《山东省社会办医疗机构协会医学装备管理分会委员候选人推荐表》

附件二：《山东省社会办医疗机构协会会员单位医学装备情况登记表》

山东省社会办医疗机构协会

2022年3月11日

|  |
| --- |
| 山东省社会办医疗机构协会 2022年3月11日印发 |

附件一：

**山东省社会办医疗机构协会**

**医学装备管理分会委员候选人推荐表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | |  | **性 别** |  | | | **民 族** | |  | 照  片 |
| **出生年月** | |  | **身份证号** |  | | | | | |
| **学 历** | |  | **职 称** |  | | | **政治面貌** |  | |
| **所在机构** |  | | | | | | **职 务** | |  | |
| **专 业** |  | | | | | | | | | |
| **联系电话** |  | | | | | **电子信箱** | |  | | |
| **手 机** |  | | | | | **微 信** | |  | | |
| **其他社会职务** |  | | | | | | | | | |
| **本人主要简历、专业背景及主要业绩：** | | | | | | | | | | |
| **本人签名** | | | | | **单位意见** | | | | | |
| **年 月 日** | | | | | **（印章）**  **年 月 日** | | | | | |

附件二：

**山东省社会办医疗机构协会**

**会员单位医学装备情况登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **机构名称** |  | | | | | |
| **机构地址** |  | | | **邮 编** | |  |
| **机构类型** | □综合医院 □专科医院 □其它： | | | | | |
| **机构规模** | 等级： 床位数： 员工数： | | | | | |
| **联 系 人** |  | **手 机** |  | **邮 箱** |  | |
| **医学装备情况：**  **（附件盖章有效）**  **医疗机构：（印章）**  **年 月 日** | | | | | | |