

# 山东省社会办医疗机构协会

鲁社医协发〔2022〕38号

## 关于征询首届山东省社会办医疗机构协会 眼科管理分会委员候选人及眼科学科发展 情况的通知

各会员单位：

山东省社会办医疗机构协会眼科管理分会设立申请已报协会常务理事会批准通过。现向你单位征询眼科管理分会委员候选人及眼科学科发展情况。

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）眼科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。普通会员单位委员候选人推荐1-2名，二级医疗机构推荐3-4名，三级以上医疗机构5-8名。

请认真填写《山东省社会办医疗机构协会眼科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眼科学科发展情况登记表》，于2022年10月30日前将扫描件发至分会筹备委员会邮箱。逾期不报，视为自动放弃委员资格。

收件人：眼科管理分会筹备委员会

电 话：张 杰 159 6368 8601

逢作祥 135 7367 2165

李晓刚 136 7881 5975

邮 箱：sdykglfh@163.com

附件一：《山东省社会办医疗机构协会眼科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眼科学科发展情况登记表》



附件一：

## 山东省社会办医疗机构协会 眼科管理分会委员候选人推荐表

申请类型：副会长   常务委员   委员

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：（印章）		
年 月 日				年 月 日		

附件二：

## 山东省社会办医疗机构协会 会员单位眼科学科发展情况登记表

机构名称				
机构地址		邮 编		
机构类型	<input type="checkbox"/> 综合医院 <input type="checkbox"/> 专科医院 <input type="checkbox"/> 其它：			
机构规模	等级：	床位数：	员工数：	
联系人		手 机		邮 箱
眼科学科发展情况： (附件盖章有效)				
单位意见：(印章)				
年 月 日				