

山东省社会办医疗机构协会

鲁社医协发〔2024〕11号

关于征询首届山东省社会办医疗机构协会 手足显微外科管理分会委员候选人及手足 显微外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手足显微外科管理分会设立申请已报协会常务理事会批准通过。现向你单位征询手足显微外科管理分会委员候选人及手足显微外科学科发展情况。

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）手足显微外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。会员单位委员候选人推荐1-2名，二级医疗机构可推荐3-4名，三级医疗机构可推荐5-8名。

请填写《山东省社会办医疗机构协会手足显微外科管理分会委员候选人推荐表》，并按优先顺序排序；填写《山东省社会办医疗机构协会会员单位手足显微外科学科发展情况登记表》。于2024年5月26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。

手足显微外科管理分会筹备委员会

联系人：董国民 18853000078

曹元峰 13561382007

李晓刚 13678815975

邮 箱：sdshbyszwxglfh@163.com

附件一：《山东省社会办医疗机构协会手足显微外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手足显微外科学科发展情况登记表》



山东省社会办医疗机构协会

2024年5月10日印发

附件一：

山东省社会办医疗机构协会 手足显微外科管理分会委员候选人推荐表

推荐序号：

推荐日期：

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				年 月 日		

附件二：

山东省社会办医疗机构协会会员单位 手足显微外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
手足显微外科学科发展情况： (附件盖章有效)				
医疗机构：（印章）				
年 月 日				