附件

**关于征询山东省医师协会儿童重症医师分会**

**护理委员会委员候选人的函**

各会员单位：

经山东省医师协会批准，同意我分会成立护理委员会，并于2017年7月在泰安市召开成立大会。现向你院征询委员候选人。

委员候选人条件：全省二级及以上综合医院、专科医院、中医院、企业医院从事儿童重症专业的护士，具有中级及以上专业技术职称，热心协会工作并有一定开展协会工作的经验和能力，年龄不超过60周岁。地区及单位护理学科带头人、现任护理部主任、护士长和不脱离临床工作的医院管理人员优先推荐。

经筹委会充分酝酿，分配给你院委员候选人 名，请按以上条件等额推荐，请填写好《委员候选人推荐表》（一式两份），加盖单位公章后，2017年6月10日前快递至大会秘书组（山东省立医院小儿重症医学科左昕收，电话15853137732）同时报送电子版本至邮箱：slyypicu@163.com。逾期不报视为自动放弃委员资格。

联系人及联系方式请参照会议通知。

山东省医师协会儿童重症医师分会

2017年5月10日

**山东省医师协会儿童重症医师分会护理委员候选人推荐表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | 性别 | |  | 出生年月 | | | |  | | | | | | | 一  寸  近  照 |
| 工作单位 | | |  | | | | | | | | 邮编 | | | |  | | | |
| 毕业学校 | | |  | | | | | | | | 学历学位 | | | |  | | | |
| 政治面貌 | | |  | | | 职务 | | |  | | | | 职称 | | | |  | |
| 通信地址 | | |  | | | | | | | | | | | 联系电话 | | | |  | |
| 手机 | | |  | | | | | | | E-mail | | | | | |  | | | |
| 个  人  简  历 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在单位  意见 | | | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |

注：此表可复印

附件

**关于征询山东省医师协会儿童重症医师分会**

**青年委员会委员候选人的函**

各会员单位：

经山东省医师协会批准，同意我分会成立青年委员会，并于2017年7月在泰安召开成立大会。现向你院征询委员候选人。

委员候选人条件：全省二级及以上综合医院、专科医院、中医院、企业医院从事儿童重症专业的医师，具有中级及以上专业技术职称，热心协会工作并有一定开展协会工作的经验和能力，年龄不超过45周岁。地区及单位学科带头人、现任科室主任和不脱离临床工作的医院管理人员优先推荐。

经筹委会充分酝酿，分配给你院委员候选人 名，请按以上条件等额推荐，请填写好《委员候选人推荐表》（一式两份），加盖单位公章后，2017年6月10日前快递至大会秘书组（山东省立医院小儿重症医学科王玉娟收,电话15168863725）同时报送电子版本至邮箱：slyypicu@163.com。逾期不报视为自动放弃委员资格。

联系人及联系方式请参照会议通知。

山东省医师协会儿童重症医师分会

2017年5月 10日

**山东省医师协会儿童重症医师分会青年委员候选人推荐表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | 性别 | |  | 出生年月 | | | |  | | | | | | | 一  寸  近  照 |
| 工作单位 | | |  | | | | | | | | 邮编 | | | |  | | | |
| 毕业学校 | | |  | | | | | | | | 学历学位 | | | |  | | | |
| 政治面貌 | | |  | | | 职务 | | |  | | | | 职称 | | | |  | |
| 通信地址 | | |  | | | | | | | | | | | 联系电话 | | | |  | |
| 手机 | | |  | | | | | | | E-mail | | | | | |  | | | |
| 个  人  简  历 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在单位  意见 | | | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |

注：此表可复印