附件

**关于征询山东省医师协会骨外科医师分会**

**脊柱脊髓损伤、骨肿瘤、保髋亚专业**

**委员会委员候选人的函**

各有关会员单位：

经山东省医师协会批准，同意我分会成立脊柱脊髓损伤、骨肿瘤、保髋3个亚专业委员会，并于2017年4月分会年会期间召开成立大会。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、专科、中医、部队及大企业医院从事脊柱脊髓损伤、骨肿瘤、保髋专业的医师，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60周岁（博士生导师和承担国家（省）重点科研课题的可延长到65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。

经充分酝酿，拟定你院 为 亚专业委员会委员候选人（不同意，请按以上条件等额推荐他人），并填写好《委员候选人推荐表》（一式两份），加盖单位公章后，2018年4月10日前快递至秘书组,同时报送电子版本，逾期不报视为自动放弃委员资格。

联系人及联系方式参照会议通知

山东省医师协骨外科医师分会

2018年2月28日

**骨外科医师分会 亚专业委员会委员候选人推荐表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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：1、此表可复印

2、回执时请在横线处填写好拟推荐人所属委员会名称