**关于推荐中华中医药学会分会委员候选人的通知**

各有关专业委员会及团体会员单位：

根据《中华中医药学会关于推荐分会委员候选人的通知》（中会学术发﹝2021〕7号），2021年中华中医药学会有14个分会任期届满，将进行换届改选。根据实际情况，我会只有科普、医院药学、皮肤外科、名医经验研究、急诊、妇科、中医美容、中医药文化、医院管理、脾胃病10个专委会与其专业对口，经研究决定：

1、10个对口专业委员会由专委会负责人进行推荐

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **分会名称** | **分配名额** | **专委会负责人** |
| 科普分会 | 8 | 邓玉霞 |
| 医院药学分会 | 8 | 杨 敏 |
| 皮肤科分会 | 8 | 米要和 |
| 名医经验研究分会 | 8 | 黄学宽 |
| 急诊分会 | 8 | 任 毅 |
| 妇科分会 | 8 | 夏 敏 |
| 中医美容分会 | 8 | 周 汛 |
| 中医药文化分会 | 8 | 蒲晓东 |
| 医院管理分会 | 8 | 李延萍 |
| 脾胃病分会 | 8 | 李延萍 |

2、医师规范化培训与考核分会、方药量效研究分会、防治艾滋病分会、医史文献分会，由学会秘书处根据情况推荐2-3名委员候选人。

3、凡已在中华中医药学会其他分会任委员的人员本次不再推荐。

4、对口专业委员会的秘书于3月22日17:00前将分会委员推荐表电子版和拟推荐人员名单汇总表提交学会秘书处审核，同意后即通知委员候选人进行中华中医药学会会员注册。（已是中华中医药学会会员的委员候选人，不需要会员注册，未加入中华中医药学会的委员候选人，需先进行中华中医药学会会员注册）。

各推荐单位于3月24日17:00前将委员候选人提交纸质版电子会员证和纸质版推荐表报学会秘书处，由学会秘书处统一上报中华中医药学会，过时视为自动放弃。

联系人：易美彤 董敏

联系电话：15023665168 13883062419

邮箱：cqszyyxh@163.com

资料邮寄地址：重庆市江北区盘溪七支路6号学会办公室

附件：1.中华中医药学会分会委员候选人推荐表

2.中华中医药学会分会委员汇总表

重庆市中医药学会

2021年3月17日

**附件1**

**中华中医药学会分会委员候选人推荐表**

**( 分会)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | | 出生年月 | | | |  | | | 照片 （一寸免冠） | | |
| 民 族 |  | | 籍 贯 | |  | | 政治面貌 | | | |  | | |
| 毕业院校 |  | | 专 业 | |  | | 学 位 | | | |  | | |
| 职 务 |  | | 职 称 | |  | | 博导/硕导 | | | |  | | |
| 工作单位 |  | | | | | | 所在部门 （科室） | | | |  | | | | | |
| 重点学科 | □国家级 □省级 □局级 | | | | | | 重点专科 | | | | □国家级 □省级 □局级 | | | | | |
| 重点学科  名称 |  | | | | | | 重点专科  名称 | | | |  | | | | | |
| 学科带头人 | □是 □否 | | | | | | 学术带头人 | | | | □是 □否 | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | 邮 编 | | | |  | | | | | |
| 手 机 |  | | | | | | 电话/传真 | | | |  | | | | | |
| 电子邮箱 |  | | | | | | 会员证号 | | | |  | | | | | |
| 学 术 影  响 | □中国科学院院士 □中国工程院院士  □教育部“长江学者” □教育部新世纪优秀人才  □新世纪百千万人才工程国家级人选 □其他（自填）： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 社 会 兼 职 | 本分会职务 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 本学会其他分会职务 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 省级中医药学会及专业委员会职务 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 其他学术团体及分支机构（含国际  组织等）职务 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 综合情况（包括主要工作领域、学术专长、学术贡献、主要成就等）： | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主要教育经历（指在国内外接受高等教育经历等） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 起 止 年 月 | | | | 学校及专业 | | | | | | 学位 | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | | | |
| 主要工作经历（指在国内外从事医疗、科研、教育、管理等）： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 起 止 年 月 | | | | 工作单位及部门 | | | | | | 职务和技术职称 | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | | | |
| 近三年主持或参与课题： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 课题名称（编号） | | | | | | | | 起止时间 | | | | | 级别 | | | 主持/参与 |
|  | | | | | | | |  | | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | |  | | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | |  | | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | |  | | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | |  | | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | |  | | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | |  | | | | |  | | |  |
| 近三年内发表的主要论文及出版著作： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 论文题目/著作名称 | | | | | 期刊/出版社 | | | | | | 发表或出版时间 | | | | 作者排名 | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | |
| 科研成果及获奖情况（包括国家级、部级、省级）： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 项目名称 | | 级 别 | | | | 奖 项 | | | | | | 完成人排名 | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |
| 本人承诺：所填信息全部属实，且社会兼职栏所填信息没有遗漏。  本人签字：    年 月 日 | | 候选人所在单位意见：  负责人签字：  盖章：  年 月 日 | | | | | | | 省级中医药学会意见：  负责人签字：  盖章：  年 月 日 | | | | | | | |

1. 请附寄会员证复印件，如未入会，请同时办理入会手续；

2. 请注明所属分会名称；

3. 表中注明签字、盖章处不要空缺；

4. 此表可复印。

**附件2**

**中华中医药学会分会委员推荐汇总表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **单位** | **职称** | **联系电话** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |