

关于推荐武汉市预防医学会性病艾滋病专业委员会 第四届委员会候选委员的通知

各有关单位：

武汉市预防医学会性病艾滋病专业委员会成立于1999年，第三届委员会将于今年届满，根据武汉市预防医学会章程，第四届的换届工作正在准备中，并将于今年10月召开换届大会，请各有关单位按规定推荐委员候选人。现将具体事宜通知如下：

一、候选委员基本条件：

根据《武汉市预防医学会专业委员会管理规定》，专业委员会委员必须符合以下条件：

(一) 从事性病艾滋病专业工作的科技工作者，学术水平较高，具有良好职业道德、学风正派，具有高级技术职称（特殊情况可为中级职称）。

(二) 热爱学会工作，身体健康，能够履行委员的权利和义务，承担相应的职责和任务。

(三) 新推荐委员年龄不超过50岁，连任委员年龄原则上不超过55岁，凡调离本专业或退休者不再推荐连任。

二、候选委员名额及要求

根据第三届常务委员会通过的决议，第四届候选委员单位和候选委员名额已拟定（见附件1），请各有关单位经分管领导研究后，推荐候选委员，并按要求填写委员推荐表（见附件2），不可多报。非

武汉市预防医学会会员单位需同时填写单位会员登记表(见附件3)。

填写的表格经单位加盖公章后,务必于2016年8月31日之前,将原件寄(送)性病艾滋病专业委员会秘书,武汉市疾控中心王夏收(地址:汉口江汉北路24号307室, 联系电话:027-85801875, 13237174678)。

委员推荐表电子版请务必同时以邮件形式发送至邮箱 wangxia1973@163.com(文件名统一格式:单位名称-性病艾滋病学会委员推荐表)。



附件 1 武汉市性病艾滋病专业委员会第四届委员会候选委员名额分配表

序号	单位名称	第三届委员	名额数
1	武汉市疾病预防控制中心	周旺、姚中兆、王夏 7 人等	8
2	中科院武汉病毒研究所	杨荣阁	1
3	华中科技大学同济医学院公共卫生学院	聂绍发	1
3	华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院	无	1
4	武汉市中西医结合医院	段逸群	1
5	武汉市皮肤病防治研究所	李 刚、张万宏、赵敏、董汉生、石卫东	5
6	武汉大学公共卫生学院	郭 毅	1
7	湖北省疾病预防控制中心	蒋红林、杨芳	2
8	武汉大学人民医院	龚作炯	1
9	华中科技大学同济医学院附属同济医院	李慎秋	1
10	武汉大学中南医院	高世成、赵东赤	2
11	武汉市精神卫生中心	徐汉明、朱军红	2
12	武汉市妇女儿童保健中心	周燕、陈忠	2
13	武汉市医疗救治中心	殷继东、许青、张亚武	5
14	武汉市血液中心	赵磊	1
15	武汉市卫生局	潘志伟、刘晖	0
16	武汉市结核病防治所	谢 红	0
17	武汉科技大学	张连生	0
18	江岸区卫生系统	戴德宝	2
19	江汉区卫生系统	宋军、胡惠清	2
20	硚口区卫生系统	姜家驹	1
21	汉阳区卫生系统	车敏	2
22	武昌区卫生系统	张玉斌、于晖	1
23	青山区卫生系统	包莉莉、刘链	1
24	洪山区卫生系统	鲍武波、李春芳	2
25	东西湖区卫生系统	李嵩	1
26	汉南区卫生系统	俞华	1
27	蔡甸区卫生系统	罗添导	1
28	江夏区卫生系统	陈光斌、田卫东	2
29	黄陂区卫生系统	魏汎	1
30	新洲区卫生系统	项新明、左喜生	1

附件 2 武汉市预防医学会性病艾滋病专业委员会第四届委员推荐表

姓名*		性别*		出生年月*		照片
民族*		党派*		有效证件号		
工作单位*						
邮政地址*				邮政编码*		
所属科室*			行政职务*			
专业*			专业技术职称*			
工作电话*		手机*		家庭电话		
秘书姓名		手机		入会时间*		
电子邮箱*						
最后学历及国外进修经历						
起止时间	国别	学校及系组、专业名称			学位名称	
其他社会职务						
是否人大代表或政协委员	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> （请在 <input type="checkbox"/> 内打“√”，如为“否”可不填以下三项）					
何处任何职务（最后）	行政级别			任职起止时间		
是否在卫生行政部门任职*	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> （请在 <input type="checkbox"/> 内打“√”，如为“否”可不填以下三项）					
何处任何职务（最后）	行政级别			任职起止时间		
是否在其他学会任职*	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> （请在 <input type="checkbox"/> 内打“√”，如为“否”可不填以下三项）					
学术团体名称	担（兼）任职务					
主要工作经历*（请详细填写，特别是高级职称的聘用时间）						

起止时间	工作单位	职务和技术职称	行政职务
主持参加重要的科研项目			
起止时间	项目名称	主持或参加	
获奖情况			
获奖时间	奖项名称	授奖单位	
参加过哪些科普活动			
时间	科普活动名称	主办单位	
填写人本人签字：		所在单位意见：	武汉市医药卫生学会联合办公室意见：
		(单位签章)	(签章)
日期： 年 月 日	日期： 年 月 日	日期： 年 月 日	日期： 年 月 日

填写说明：

- 1、本表格可在武汉市医学会网站下载（网址：www.wuhanma.org.cn），填写必须基于自愿，并由本人签字保证内容的真实性。
- 2、为避免信息辨认错误，请以电子文档形式填写后正反打印，并盖章，带“*”项目非常重要，请认真填写，不得空缺。
- 3、时间均请按“年年-月月”格式填写，“入会时间”为正式在本会登记注册发证日期，“照片”栏请帖1寸彩色近照。
- 4、本表格仅用作存档，一式一份，经填写人所在单位审核盖章后方可输入数据库正式编号存档，填写者最终的学会任职情况以本会数据库资料为准，本会对本表格有最终解释权。

存档编号：No. _____ 录入日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 录入者签字： _____

附件3 武汉市预防医学会单位会员登记表

单位名称				单位法人	
单位性质	<input type="checkbox"/> 机关 <input type="checkbox"/> 公卫机构 <input type="checkbox"/> 监督机构 <input type="checkbox"/> 医疗机构 <input type="checkbox"/> 科研院所 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 企业 <input type="checkbox"/> 其他				
上级主管部门					
单位地址				邮编	
单位联系人		联系电话		邮箱	
单位总人数			专业技术人员数		
单位盖章					

注：武汉市预防医学会专业委员会委员所在单位为武汉市预防医学会单位会员，须填报此表。

武汉市预防医学会