

河南省医院协会文件

豫医协〔2018〕64号

河南省医院协会眼科管理分会成立 暨 2018 河南省角膜与眼表病高层论坛通知

各省辖市医院协会及相关医院：

为拓展沟通交流渠道，搭建更广泛的学术交流平台，促进新医改形势下我省眼科发展，进一步提高全省眼科疾病诊疗水平和全省眼科医疗单位管理水平。经河南省医院协会研究决定，由河南省人民医院、河南省立眼科医院为主委单位牵头成立河南省医院协会眼科管理分会。经研究，将于 2018 年 8 月 10 日-12 日在郑州举办河南省医院协会眼科管理分会成立暨 2018 河南省角膜与眼表病高层论坛，请各单位做好分会委员候选人推荐工作。现将有关事宜通知如下：

一、推荐对象和条件

（一）拥护党的领导，认真执行国家各项政策法规，热爱协会及眼科管理工作，身体健康，58 周岁以下；

(二) 候选人应为各级医院从事眼科相关工作，有三年以上实际工作经验的正式员工，具有一定的理论水平，具备良好组织管理、沟通协调能力，任职期间未受过党、政部门的纪律和行政处分；

(三) 具有副科级以上行政级别或中级以上技术职称；

(四) 常务委员候选人所在单位须是河南省医院协会团体会员（可同时办理团体入会手续，见附件 2）；委员候选人须是河南省医院协会会员（可同时办理团体入会手续，见附页 3）。

二、名额范围

(一) 省直医疗机构（各限 5~10 名）；

(二) 地市级医疗机构（各限 3~5 名）；

(三) 县级医疗机构（各限 1 名）；

(四) 大型企业、行业、民营、部队所属医疗机构（各限 1 名）。

三、推荐办法

个人自愿申请，单位组织推荐，认真填写推荐表（见附件 1）。请于 2018 年 8 月 10 日前将电子版和纸质版（申请人签名、单位盖章后）一并报至河南省立眼科医院，汇总后报河南省医院协会办公室。

地 址：河南省郑州市纬五路 45 号

邮 编：450003

邮 箱：hnsyyxhykglfh@163.com

四、会议费用

(一) 会务费 460 元/人（企业 1000 元/人）（含资料、培训），交通、住宿自理，费用回单位报销。

(二) 省医院协会会员个人新会员，需缴纳会费（40 元/年），一

次缴纳 5 年，共 200 元。河南省医院协会眼科管理分会成员单位需先加入省医院协会会员；单位会员费按《河南省医院协会会费管理办法》和《河南省医院协会关于会员及会费管理办法的补充说明》执行。

五、其他

（一）会议时间：

8 月 10 日下午 报到

8 月 10 日 19:30 河南省医院协会眼科管理分会预备会

8 月 11 日上午 8:00-9:00 河南省医院协会眼科管理分会成立

8 月 11 日-12 日 开幕式暨学术研讨会

（二）会议地点：河南省立眼科医院 12 楼会议室（地址：郑州市经三路纬五路交叉口向东 50 米路南）

（三）联系方式：0371-87160871（电话）

王璐璐 13526685691 任胜卫 18903821716

附件：

- 1.河南省医院协会眼科管理分会第一届委员候选人推荐表
- 2.河南省医院协会团体会员入会申请表
- 3.河南省医院协会个人会员入会申请表
- 4.参会回执单



附件 1

河南省医院协会眼科管理分会 第一届委员候选人推荐表

姓 名		性 别		出 生	年 月 日		
民 族		最后学历		学 位		专 业	
职 务		技术职称		任现职时间			
工作单位				邮 编			
联系人电话		传 真		医院床位数			
通讯地址				社会职务			
E-mail				手 机			
曾获得何种 荣誉称号							
主 要 工作经历							
已发表的 论文及专著							
本单位 意 见	(盖章) 年 月 日						
河南省 医院协会 审批意见	(盖章) 年 月 日						

注：省直医疗单位只填本单位意见。

填表日期 年 月 日

附件 2

河南省医院协会团体会员入会申请表

_____市

医院名称				地 址		
邮 编		电 话		传 真		
E-mail			医疗机构执业证书号			
床位数			何时被评为几级几等			
医院类型	综 合	专 科	企 业	部 队	民 营	其 他
类型下打对勾						
院长姓名		手机			电 话	
联系人		手机			电 话	
缴纳会费 记录	时 间					
	金 额					
申请单位盖章 年 月 日			批准单位盖章 年 月 日			

说明：缴纳会费情况、批准单位意见均由河南省医院协会填写。

附件 3

河南省医院协会个人会员入会申请表

_____市

姓 名		性 别		出生年月		一寸照片	
民 族		党 派		文化程度			
职 称		专 业		职 务			
工作单位					电 话		
通讯地址					邮 编		
所属分会、专业委员会					E-mail		
缴纳会费 记录	时间						
	金额						
工作简历	申请人（签名）						
推荐单位 意见	盖 章 年 月 日			批准单位 意见	盖 章 年 月 日		

说明：缴纳会费情况、批准单位意见均由河南省医院协会填写。

附件 4

河南省医院协会眼科管理分会成立暨 2018 河南省 角膜与眼表病高层论坛参加人员回执

单 位				职 务	
姓 名		性 别		职 称	
手 机			电 话		
E-mail					
住宿安排	需 要	入 住 时 间			
		退 房 时 间			
	不 需 要				

注：1.请参加会议人员填写回执，于 7 月 15 日前发到 hnsyyxhykglfh@163.com。

2.如需会务安排住宿，请在“住宿安排”栏的“需要”处画勾（√）并填写入住和退房时间信息；如不需要，请在“不需要”处画勾（√）。