安徽省健康服务业协会文件

皖健业协〔2019〕06号

关于推荐安徽省健康服务业协会口腔健康管理分会委员候选人暨2019首届江淮口腔健康大会的通知

各级医院、各口腔诊所及有关单位：

安徽省健康服务业协会（以下简称协会，网址：www.jkah.org.cn）是由中科大附一院（安徽省立医院）、安徽医科大学第一附属医院、安徽医科大学第二附属医院、蚌埠医学院第一附属医院、皖南医学院弋矶山医院、安徽医科大学附属口腔医院、六安市人民医院等单位及专家联合发起。经安徽省民政厅批准成立的我省健康服务业领域第一个全省性、非营利性的省一级社会团体。

为传递和推广我省口腔卫生健康新知识、新技术、新经验、新信息，提升我省口腔健康管理和医疗技术服务水平，发挥政府和口腔行业的桥梁纽带和服务作用，监督执业质量，加强行业自律，为公众创造良好的口腔医疗环境。由安徽医科大学附属口腔医院（安徽省口腔医院）副院长王元银教授、周健教授等专家发起口腔健康管理分会（以下简称分会）正在筹建中。现面向全省邀请各级口腔医疗机构（诊所）及相关企业、口腔医学专家、技术人员等组建分会第一届委员会，共同为我省口腔健康事业发展贡献力量。委员候选人遴选将遵循公开、公平和公正的原则，经本人自愿报名、医院推荐或行业专家推荐，由安徽省健康服务业协会学术交流部酝酿候选人名单，并召开2019首届江淮口腔健康大会暨分会成立大会，投票选举产生第一届委员会会长、副会长、常务委员及委员。现将有关事项通知如下：

一、报名条件

1.需加入安徽省健康服务业协会并成为协会个人会员；

2.一般应具有初级技术职称，为科研院校或临床医院等相关机构从业人员或企业高层管理人员。原则上均应为所在单位在职人员；

3.工作认真，作风正派，具有较高的专业素养，组织协调能力强，能联系和团结本行业从业者；

4.热心协会工作，有奉献精神，愿意为我省口腔健康事

业发展贡献力量；

5. 年龄在 65 岁以下，身体健康，能参与日常工作；

6. 口腔相关企业及民营口腔医院（诊所）候选人须以单位名义加入口腔健康管理分会。

二、报名程序

如有意报名加入，并符合上述申请条件，请填写个人会员申请表及委员推荐表（见附件 1、2），企业及民营口腔医院（诊所）须填写入会申请表（见附件 3），于 2019 年 5 月 30 日前反馈至协会秘书处邮箱。

三、联系方式

协会学术部联系人：于主任，手机：13855196784，联系电话：0551-62837365，海文利，15255119317，联系电话：0551-62855275，联系邮箱：jkah365@163.com。

安徽省健康服务业协会

2019 年 2 月 15 日

附件 1

安徽省健康服务业协会个人会员入会申请表

所在单位					
姓名		性别		出生年月	
学历		现任职务		职称	
民族		政治面貌		籍贯	
专业		办公电话			
手机		微信			
QQ		邮箱			
联系地址					
个人简历 （可另附）					
个人签名					

备注：

1.根据安徽省健康服务业协会专科分会管理规定第十三条分会委员候选人，必须为安徽省健康服务业协会会员；个人会员费200元/届（5年）。请各位委员候选人填写好个人入会申请表及分会委员推荐表后请快递至协会秘书处审核。

2.委员候选人需提供2寸相片2张和身份证复印件1份，办理会员证使用。

3.个人会费缴纳方式：（1）单位支付宝（户名：安徽省健康服务业协会，账号：jkah365@163.com）；（2）银行转账（户名：安徽省健康服务业协会账号：12185001040020468开户行：中国农业银行合肥三牌楼支行）；付款时请注明单位和姓名及某某分会。

4.个人会员费发票及会员证将在分会成立大会时发放。

5.以上表格可在协会官网上下载。

6.邮寄地址:合肥市庐阳区红星路1号省委办公厅服务楼903室。

附件 2

安徽省健康服务业协会口腔健康管理分会
第一届委员推荐表

姓 名	性别	出生年月	民族	籍贯	党派	现任职务	技术职称
单位名称						所在科室	
单位地址						邮政编码	
单位电话					手 机		
QQ					邮箱		
专 长							
个人简历							
所在单位意见 （盖章）				省健康服务业协会意见 （盖章）			

填表日期： 年 月 日

附件 3

安徽省健康服务业协会口腔健康管理分会

入会申请表

<table>
<tr><td>单位名称</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>通讯地址</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>单位类型</td><td colspan="7">☐政府机关　☐事业单位　☐国有及控股企业
☐民营及控股企业　☐外资及控股企业　☐其他</td></tr>
<tr><td rowspan="2">企业会员需注明</td><td>注册资金</td><td colspan="2"></td><td>从业人员</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>产值或营业</td><td colspan="2"></td><td>纳 税 额</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>法人代表</td><td></td><td colspan="2">职务</td><td></td><td>手机</td><td></td></tr>
<tr><td>希望参加</td><td colspan="7">☐副会长单位　☐秘书长单位
☐副秘书长单位　☐常务委员单位　☐委员单位</td></tr>
<tr><td rowspan="2">任职代表信息</td><td>姓名</td><td></td><td>职务</td><td></td><td>手机</td><td></td></tr>
<tr><td>微信号</td><td></td><td>QQ</td><td></td><td>E-mai</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">联系人信息</td><td>姓名</td><td></td><td>部门</td><td></td><td>职务</td><td></td></tr>
<tr><td>手机</td><td></td><td>传真</td><td></td><td>QQ</td><td></td></tr>
<tr><td>单位简介</td><td colspan="7">（可另附）</td></tr>
<tr><td colspan="8">参加理由，请选择打“√”
☐希望得到政府的政策支持　☐希望获得从业人员来源的支持
☐希望获得最新行业资讯　☐希望得到专业知识的免费培训机会
☐希望与同行企业联系交流　☐其它（请简单表述）</td></tr>
<tr><td colspan="4">申请单位（公章）：

负责人签字：
年　月　日</td><td colspan="4">省健康服务业协会意见（盖章）：

负责人签字：
年　月　日</td></tr>
</table>