

安徽省健康服务业协会文件

皖健业协〔2022〕01号

关于推荐安徽省健康服务业协会 血液与细胞治疗健康管理分会委员候选人 的通知

各会员单位、各级医疗机构及有关单位：

安徽省健康服务业协会成立于2016年12月，根据国务院《关于促进健康服务业发展的若干意见》文件精神，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。目前协会拥有团体会员单位300余家，涵盖全省二级以上医疗机构及大健康企事业单位，

成立了 25 个专业分会，个人会员 5000 余人。

为切实发挥行业组织优势，加强我省血液与细胞学科健康发展，搭建专业领域学术交流、经验分享的平台，由安徽医科大学第四附属医院杨明珍、中国科学技术大学附属第一医院丁凯阳、安徽医科大学第一附属医院夏瑞祥、安徽医科大学第二附属医院翟自敏、皖南医学院弋矶山医院黄东平、蚌埠医学院第一附属医院杨艳丽、安庆市立医院姚福生、亳州市人民医院葛洪峰等专家共同发起成立血液与细胞治疗健康管理分会，经安徽省健康服务业协会批准同意，本着壮大分会队伍，有效推进分会筹备成立以及成立后的各项工作顺利开展，现面向全省会员单位、各级医疗机构、企业机构征集委员候选人，现将有关事项通知如下：

一、委员候选人申报条件

1. 委员候选人所在单位须为协会会员单位。
2. 具有初、中、高级职称（企业人员除外），从事相关专业人员。
3. 工作认真，作风正派，具有较高的专业素养，有奉献精神，热心协会工作。
4. 年龄在 60 岁以下，身体健康，能参与日常活动。

二、委员候选人申报程序

1. 会员单位入会流程：如非协会会员单位，请填写入会申请表（附件 3）。

2. 委员申报流程：如符合上述条件，请填写委员推荐表和个人会员申请表（附件 1、2），并于 2022 年 2 月 28 日将申请材料 WORD 版发送至邮箱 jkah365@163.com，同时将纸质版邮寄至协会学术交流部。

协会秘书处联系人：余鑫，联系电话：13605512890。

分会筹备组联系人：钱伟，联系电话：13721045869。

- 附件：1. 安徽省健康服务业协会个人会员申请表
2. 血液与细胞治疗健康管理分会委员推荐表
3. 安徽省健康服务业协会会员单位申请表



附件 1

安徽省健康服务业协会个人会员申请表

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					

填表日期： 年 月 日

备注：

1. 根据安徽省健康服务业协会分会管理规定第十三条分会委员候选人须为安徽省健康服务业协会个人会员；个人会员费 200 元/届（5 年）。

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：1302014109200144633，开户行：中国工商银行合肥淮河路支行）；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 www.jkah.org.cn 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

血液与细胞治疗健康管理分会委员推荐表

姓名		性别		民族		技术职称	
出生年月		党派		籍贯		现任职务	
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

安徽省健康服务业协会会员单位申请表

单位名称					
通讯地址					
单位类型	<input type="checkbox"/> 政府机关 <input type="checkbox"/> 事业单位 <input type="checkbox"/> 国有及控股企业 <input type="checkbox"/> 民营及控股企业 <input type="checkbox"/> 外资及控股企业 <input checked="" type="checkbox"/> 其他				
企业会员 需注明	注册资金			从业人员	
	产值或营业			纳 税 额	
法人代表		职务		手机	
协 会 任	<input type="checkbox"/> 副会长单位 <input type="checkbox"/> 常务理事单位 <input type="checkbox"/> 理事单位 <input type="checkbox"/> 会员单位				
任职代表 信息	姓名		职务		手机
	微信		QQ		E-ma i
联系人 信息	姓名		部门		职务
	手机		传真		QQ
单位简介	(可另附)				
参加理由，请选择打“√” <input type="checkbox"/> 希望得到政府的政策支持 <input type="checkbox"/> 希望获得分会委员候选人资格 <input type="checkbox"/> 希望获得从业人员来源的支持 <input type="checkbox"/> 希望获得最新行业资讯 <input type="checkbox"/> 希望得到专业知识培训机会 <input type="checkbox"/> 希望与同行联系交流					
申请单位（公章）： 负责人签字：			省健康服务业协会意见（盖章）： 负责人签字：		

此表可在协会官网上下载

备注:

1. 会员单位入会需提供入会申请表 1 份（加盖公章）、《事业单位法人证书》或《营业执照》复印件 1 份。

2. 以上资料请报送或邮寄至协会秘书处（合肥市红星路 1 号省委办公厅服务楼 903 室,余鑫[收]手机:13605512890）。

3. 申请表和单位简介请同时报送电子文档（电子邮箱: jkah365@163.com ）。

4. 《安徽省健康服务业协会章程》、《安徽省健康服务业协会会费标准及管理办法》可联系协会秘书处咨询。