

深圳市医院协会

深医协字[2024]055号

关于召开深圳市医院协会血栓与栓塞性疾病防治管理专业委员会换届会议及推荐第二届委员会成员的通知

市医院协会各会员单位：

深圳市医院协会血栓与栓塞性疾病防治管理专业委员会任期届满，按照《深圳市医院协会章程》和《二级分支机构制度汇编》规定，经深圳市医院协会批准同意，定于2025年1月7日（星期二）下午召开深圳市医院协会血栓与栓塞性疾病防治管理专业委员会换届会议。为做好专委会换届工作，有效推进专委会各项工作开展，现面向全市医疗机构及相关单位招募血栓防治管理领域临床专家及管理人员加入专委会，为加强深圳市血栓防治管理队伍建设，提高公众对血栓性疾病的认知，促进血栓性疾病的规范化诊治，维护人民健康做出应有的贡献。现将有关事项通知如下：

一、会议时间及地点

时间：2025年1月7日（星期二）14:00签到，14:30正式开会

地点：深圳市人民医院外科楼3楼学术会议室

二、会议主要内容

（一）第一届委员会工作报告与换届筹备情况报告

(二) 选举产生第二届委员会各级成员

(三) 专委会下一步工作计划

(四) 危重症血栓防治管理论坛

三、**参会对象：**请分会第二届委员会全体委员候选人务必参会；请协会各会员单位推荐血栓防治管理领域临床专家及管理人员参会。

四、**其他事项：**1、会议免费，同时提供晚餐。2、市医院协会血栓与栓塞性疾病防治管理专业委员会组成人员仍在完善之中，协会各会员单位可通过推荐和自荐形式推荐分会候选人。有关分支机构委员的要求及推荐表（见附件2），参会回执表（见附件3），务必于12月20日（星期五）前发送至电子邮箱：381904698@qq.com

联系人及电话：陈友莲 13794498212 黄佳佳 13592847508



二〇二四年十一月二十七日

附件：1、换届议程 2、委员推荐表 3、参会回执表

附件 1

深圳市医院协会

血栓与栓塞性疾病防治管理专业委员会换届议程

会议时间：2025 年 1 月 7 日 14:30

会议地点：深圳市人民医院外科楼 3 楼学术会议室

会议议程

| 序号 | 时间 | 事项 |
|----|-------------|---------------------------------------|
| 1 | 14:00-14:30 | 会议签到 |
| 2 | 14:30-14:35 | 主持人宣布换届大会开始并介绍与会领导和嘉宾 |
| 3 | 14:35-14:45 | 《第一届委员会工作报告》与《筹备工作报告》 |
| 4 | 14:45-14:50 | 宣读《关于同意深圳市医院协会血栓与栓塞性疾病防治管理专业委员会换届的批复》 |
| 5 | 14:50-15:00 | 宣读专委会换届候任主委、副主委、常委、委员、秘书建议名单、表决、宣布结果 |
| 6 | 15:00-15:10 | 为新当选专委会主委、副主委颁发聘书 |
| 7 | 15:10-15:25 | 新当选专委会主委讲话 |
| 8 | 15:25-15:30 | 深圳市医院协会领导致辞 |
| 9 | 15:30-15:45 | 合影 |
| 10 | 15:45-17:30 | 危重症血栓防治管理论坛 |

附件 2

深圳市医院协会血栓与栓塞性疾病防治管理专业委员会 委员推荐表

| | | | | | |
|--------------|-------|------|-------|------|--|
| 姓名 | | 性别 | | 民族 | |
| 出生日期 | | 政治面貌 | | 学历 | |
| 职务 | | 职称 | | 手机号码 | |
| 科室 | | 专业 | | 电子邮箱 | |
| 工作单位名称 | | | | 邮编 | |
| 工作单位通讯地址 | | | | | |
| 工作单位联系电话 | 总机号码： | | 分机号码： | | |
| 主要工作经历和业绩： | | | | | |
| 单位意见： | | | | | |
| (盖章) | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | |
| 深圳市医院协会审核意见： | | | | | |
| (盖章) | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | |

备注：

1、名额：每个单位推荐不超过 2-8 名委员候选人。

2、委员候选条件：

(一) 委员所在单位应为深圳市医院协会会员单位；

(二) 具备一定的组织实施本院血栓防治临床或管理相关工作；

(三) 遵守深圳市医院协会章程和有关规定，热心参与并积极支持协会组织的各项活动；

(四) 遵纪守法，身心健康。

3、候选主委、副主委、常委、委员、秘书均需填写此表格。

4、word 电子版和单位盖章后的扫描版发送至邮箱：381904698@qq.com。

5、推荐表纸质版（盖单位公章）请邮寄至深圳市人民医院重症医学科外科大楼（6 号楼）三楼 C 区重症医学科二区，陈友莲 13794498212。

附件 3

参会回执表

| 姓 名 | 单 位 | 职 务 | 手 机 | 是否用餐 |
|-----|-----|-----|-----|------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

备注：

- 1、参会人员均需要填写此表。
- 2、将 word 电子版发送至邮箱：381904698@qq.com。
3. 推荐表纸质版（盖单位公章）请邮寄至深圳市人民医院重症医学科外科大楼（6号楼）三楼C区重症医学科二区，陈友莲 13794498212。