

山东省妇幼保健协会

鲁妇幼便函〔2024〕8号

关于推荐山东省妇幼保健协会第四届 会员代表大会会员代表及理事候选人的通知

各级医疗妇幼保健机构，各相关企业：

山东省妇幼保健协会（以下简称“协会”）第三届理事会任期届满，依据协会《章程》规定进行换届选举，现向你单位征询第四届会员代表大会会员代表和理事候选人。现将有关推荐事宜通知如下：

一、候选人推荐条件

- 1、坚持中国共产党领导，坚持执行党的路线、方针、政策，支持社会组织党建工作，支持协会工作，自愿加入本会；
- 2、遵纪守法，勤勉尽职，个人社会信用记录良好；
- 3、具备相应的专业知识、经验和能力，熟悉行业情况，在本地区乃至全省有一定影响的医学专家和行业代表性人才，单位负责人优先推荐；
- 4、身体健康，能正常履职；
- 5、具有完全民事行为能力；

6、没有法律法规禁止任职的其他情形；

7、每个单位限推荐一名理事候选人或会员代表。

二、选举程序

申请单位提交入会申请表、候选人推荐表（附后），经协会秘书处审核符合条件者，提交“会员代表大会”进行选举。

三、其他事宜

《入会申请表》、《候选人推荐表》（附后）加盖单位公章，将扫描电子版于 2024 年 4 月 20 日前发送至协会邮箱（sdfybjxh@163.com），逾期不报者，视为自动放弃推荐资格。

联系人：

张洁：0531-68795050/81184035

邮箱：sdfybjxh@163.com

附：1、入会申请表

2、候选人推荐表



附件 1:

入会申请表 (单位)

单位	名称				办公电话	
	职工人数		医院等级		公共邮箱	
单位法人	姓名		性别		政治面貌	
	职务/职称			手机		
联系人				手机		
申请加入	<input type="checkbox"/> 理事单位(必须是省、市级或二甲以上单位) <input type="checkbox"/> 会员单位					
单位基本情况	单位盖章 年 月 日					

协会联系电话: 0531-68795050/81184035

附件 2:

会员代表、理事候选人推荐表

单位名称		电话	
地 址			
推荐会员/理事情况			
姓名		性别	出生年月
职务/职称		手机	政治面貌
邮箱		办公电话	
申请加入	<input type="checkbox"/> 理事 (必须是省、市级或二甲以上单位)		<input type="checkbox"/> 会员代表
工 作 简 历 及 成 绩	单位意见 (章) 年 月 日		

协会联系电话: 0531-68795050/81184035