红河哈尼族彝族自治州医学会

红河州医学会关于推荐甲状腺病学专业委员会第一届候选委员的通知

各医疗卫生机构，红河州卫生职业学院、红河州护理学校:

随着人们生活方式的逐渐改变，甲状腺疾病发病率日益升高，成年人群甲状腺疾病发病率高达40%，其中临床甲减患病率1.02%，亚临床甲减患病率12.93%，临床甲亢患病率0.78%，甲状腺结节患病率20.43%，甲状腺抗体阳性14.19%，已成为内分泌科第二大常见疾病。为提高红河州甲状腺疾病的规范化诊疗水平，经研究，决定成立红河州医学会甲状腺病学专业委员会。请相关单位按照要求推荐甲状腺病学专业委员会第一届候选委员。相关事项通知如下：

一、委员推荐

红河州医学会甲状腺病学专业委员会第一届委员会委员初步拟定为34名，请相关医院按照名额分配（附件1）要求推荐候选委员。

二、候选委员推荐

（一）推荐范围

红河州医学会甲状腺病学专业委员会的委员候选人由红河

州内二级及以上医疗机构中推荐产生，医疗机构应为红河州医学会团体会员单位。

（二）推荐要求

1.委员候选人应具有良好的职业道德、学风正派，能联系和团结医务工作者，有一定的组织管理能力，热心并积极承担学会工作，具备一定的专业能力和水平，专业技术职务原则上应具备主治医师以上专业技术资格（南部6县的委员候选人可放宽到医师资格）。推荐候选委员年龄不超过56岁。

2.从事甲状腺病学诊疗的内分泌科、超声医学科、核医学科、医学检验科、老年病科、甲状腺外科、产科、儿科、病理科的医师均可加入甲状腺病学专业委员会。具体委员候选人由各医疗机构推荐。

三、委员的产生

红河州医学会甲状腺病学专业委员会第一届委员会委员选举由红河州医学会组织，以无记名投票方式产生。

四、相关事宜

推荐委员请认真填写“委员推荐表”（附件2），加盖本单位公章后扫描成PDF，于6月23日前传真或邮箱发送到会务组。

联系人：向　茜　15825225750

郭　燕　15094179011

阮小荟　18214359565

电子邮箱：qian921004@sina.com，传真：0873-2142351。

2021年6月18日

附件 1

红河州甲状腺病学专业委员会第一届候选委员名额分配表

单位	人数	备注
红河州第一人民医院	2	
红河州第二人民医院	2	
红河州第三人民医院	2	
红河州中医医院	2	
个旧市人民医院	2	
蒙自市人民医院	2	
开远市人民医院	2	
弥勒第一医院	2	
个旧市妇幼保健院	1	
蒙自市中医医院	1	
个旧市中医医院	1	
开远市中医医院	1	
弥勒市中医医院	1	
石屏县中医医院	1	
建水县人民医院	2	
建水县第二人民医院	1	
石屏县人民医院	1	
泸西县人民医院	1	
河口县人民医院	1	
金平县人民医院	1	
屏边县人民医院	1	
元阳县人民医院	1	
绿春县人民医院	1	
红河县人民医院	1	
合计	34 人	

附表 2

红河州医学会甲状腺病学专业委员会
第一届委员会候选委员推荐表

<table>
<tr><td>姓　名</td><td></td><td>性　别</td><td></td><td>出生年月</td><td></td></tr>
<tr><td>民　族</td><td></td><td>籍　贯</td><td></td><td>学　历</td><td></td></tr>
<tr><td>职　务</td><td></td><td>职　称</td><td></td><td>专　业</td><td></td></tr>
<tr><td>工作单位</td><td colspan="3"></td><td>政治面貌</td><td></td></tr>
<tr><td>通讯地址</td><td colspan="3"></td><td>邮政编码</td><td></td></tr>
<tr><td>电子邮箱</td><td colspan="2"></td><td>联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>入中华医学会时间</td><td colspan="2"></td><td>会员证号码</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>县市级以上学术组织职务</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="6">工作经历（指从事医疗、科研、教育、管理等）：</td></tr>
<tr><td colspan="6">申请人承诺：我保证上述填报内容的真实性。如果被批准为分会委员，我将遵守红河州医学会和专委会的有关规定，履行委员职责和义务，积极参加专委会会议及各项学术活动。
申请人签字：　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">单位意见：

签字（盖章）：
年　　月　　日</td><td colspan="2">专委会意见：

签字（盖章）：
年　　月　　日</td><td colspan="2">州医学会意见：

签字（盖章）：
年　　月　　日</td></tr>
</table>