红河哈尼族彝族自治州医学会

关于推荐红河州医学会医学科技奖评审委员会委员的通知

各团体会员单位，专业委员会:

为充分调动广大医学科学技术工作者的积极性和创造性，促进我州医学科学技术的发展，奖励在我州医学科学技术活动中做出突出贡献的个人和集体，将于近期开展红河州医学会医学科技奖评选活动。为保证评选活动的公开、公正，筹备组建红河州医学会医学科技奖评审委员会，请按照要求推荐委员。

一、推荐条件

（一）红河州医学会会员单位及专业委员会成员；

（二）热心学会工作，具有良好的职业道德，学风正派，能公平、公正评判；

（三）从事本学科临床、科研、教学、管理工作，具备一定的专业能力和水平，原则上具有正高级专业技术职务履职满三年；

（四）为本专业学科的带头人或优秀的技术骨干。

（五）博士研究生不受职称和履职年限限制。

二、推荐人数

（一）三级医院：

1.三甲综合医院：红河州第一人民医院、个旧市人民医院（内科、外科、妇儿科、护理各2名、技类、影像类各1名）；

2.三甲专科医院：红河州第二人民医院（精神科3名、其他专业2名），红河州第三人民医院（临床2名、肿瘤2名、影像类2名、护理、技类各1名），红河州妇幼保健院（妇儿科2名，其他专业1名）。

3.三级医院：蒙自、开远、建水、河口四县（市）人民医院每所医院4名（专业不限）。

（二）县（市）级综合医院、中医医院每所医院2人（专业不限）。

（三）云南省高层次人才、学科带头人、云岭名医；享受国家、省政府特殊津贴专家不属名额限制，直接申报。

三、其他要求

请推荐人认真填写“红河州医学会医学科技奖评审委员会委员申请表”（附件），于2022年3月30日前报红河州医学会邮箱。

联系人：邓婧昵　　联系电话：18213671021

电子邮箱：hhzyxh@126.com

2022年3月20日

附件：

红河州医学会医学科技奖评审委员会委员申请表

<table>
<tr><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>出生年月</td><td></td><td rowspan="4">照片</td></tr>
<tr><td>民族</td><td></td><td>籍贯</td><td></td><td>学历/学位</td><td></td></tr>
<tr><td>从事专业</td><td colspan="2"></td><td>技术职称
年限</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>身份证号码</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>工作单位</td><td colspan="2"></td><td>参加工作时间</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>通讯地址</td><td colspan="2"></td><td>邮　编</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>联系电话</td><td colspan="2"></td><td>电子邮箱</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>博导/硕导</td><td colspan="2"></td><td>指导学生人数</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="7">个人简介</td></tr>
<tr><td colspan="7">含“工作经历、承担/参与科研、科技成果、论文发表情况”等，可另附页。</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="2">主要参与的学术委员会及职务</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">本人承诺</td></tr>
<tr><td colspan="2">本人郑重承诺：
在担任红河州医学会科学技术成果评审委员会委员期间，我承诺严格遵守红河州医学会科学技术成果奖励相关规定，认真履行科技成果评审委员会委员的各项职责、积极参加红河州医学会科学技术成果评审及其他相关科技评审工作。 并对评审工作内容中需要保密的事项严格保密，对涉及本人利益的事务进行科技成果评审时遵守回避原则。
承诺人（签字）
20 年 月 日</td></tr>
<tr><td>单位审批意见</td><td>红河州医学会审批意见</td></tr>
<tr><td>负责人签字（盖章）：
年 月 日</td><td>负责人签字（盖章）：
年 月 日</td></tr>
</table>