

# 山东省社会办医疗机构协会

鲁社医协发〔2026〕17号

## 关于征询山东省社会办医疗机构协会 麻醉管理分会第二届委员会委员候选人 及麻醉学科发展情况的通知

各会员单位：

山东省社会办医疗机构协会麻醉管理分会首届委员会已经任满，需进行换届选举。按照本会章程和分支机构管理办法，现向你单位征询麻醉管理分会第二届委员会委员候选人及麻醉学科发展情况。

委员候选人条件为：全省社会办医疗机构、企业从事（或拟从事）麻醉相关工作的从业人员，具有良好职业道德，热心协会工作，现任医院麻醉科室主任、管理人员或企业中层以上负责人优先。会员单位委员候选人可推荐1-2名，其中二级医疗机构可推荐3-4名，三级医疗机构可推荐5-8名。

请填写《附件一：山东省社会办医疗机构协会麻醉管理分会第二届委员会委员候选人推荐表》，并按推荐先后顺序排序；填写《附件二：山东省社会办医疗机构协会会员单位麻醉学科

发展情况登记表》和《附件三：麻醉科麻醉人员信息采集表》。2026年5月20日前将盖章的扫描件（附件一、附件二）和附件三电子版发至筹备委员会邮箱。逾期不报，视为自动放弃委员资格。

麻醉管理分会换届大会筹备委员会

联系人：王爱红 18553376977（分会）

葛运杰 15865687286（分会）

李晓刚 18953151500（协会）

邮 箱：sdshbymz@163.com

附件一：山东省社会办医疗机构协会麻醉管理分会第二届委员会委员候选人推荐表

附件二：山东省社会办医疗机构协会会员单位麻醉学科发展情况登记表

附件三：麻醉科麻醉人员信息采集表



---

山东省社会办医疗机构协会

2026年4月21日印发

附件一：

## 山东省社会办医疗机构协会麻醉管理分会 第二届委员会委员候选人推荐表

推荐序号（推荐机构自我排序）：

推荐日期：

姓名		性别		民族		
出生年月		身份证号				
学历		职称		政治面貌		
单位名称				职务		
专业				联系电话		
电子邮箱				微信号		
其他社会 职务						
本人主要简历、专业背景及主要业绩：						
本人签名				单位意见		
				(印章)		
年 月 日				年 月 日		

附件二：

## 山东省社会办医疗机构协会会员单位 麻醉学科发展情况登记表

机构名称			
机构地址		邮 编	
机构类型	<input type="checkbox"/> 综合医院 <input type="checkbox"/> 专科医院 <input type="checkbox"/> 其它：		
机构规模	等级：	床位数：	医院员工数：
麻醉科主任		电 话	电子邮箱
麻醉学科发展情况： (附件盖章有效)			
医疗机构：（印章） 年 月 日			

