



贵州省医学会

贵州省医学会关于推荐医学病毒学分会 第一届委员候选人的通知

各相关单位：

我会拟定于 2025 年 7 月在贵阳市召开贵州省医学会医学病毒学分会成立暨第一届委员选举大会。依据黔医学会发〔2024〕6 号文件精神及《贵州省医学会专科分会管理办法》的相关规定，现将第一届医学病毒学分会候选人推荐有关事项通知如下：

一、委员条件

（一）从事本专业技术工作，具有较高学术水平和副高以上职称；

（二）热心学会工作，具有良好职业道德，有较强组织领导能力，能联系和团结本专业广大技术工作者；

（三）身体健康，能坚持日常工作；

（四）原则上新当选委员年龄不超过 57 岁，新建专科分会的发起人年龄不超过 60 岁；

（五）一人最多在本学会 3 个专科分会同时任职委员。

二、青年委员条件

(一) 在本学科领域具有较深的学术造诣和突出的业绩，具有硕士研究生文凭和中级以上专业技术职称。县及县以下卫生医疗机构的会员，条件可适当放宽。

(二) 45 岁以下，身体健康。

三、推荐范围及对象

(一) 面向全省医疗卫生单位。

(二) 原则上推荐病毒学专业，涵盖基础病毒学、临床病毒学与诊断、病毒检验、流行病学、疫苗与抗病毒药物研发、病毒诊断技术开发、病毒生物信息学与计算生物学、人工智能与机器学习在病毒传播应用专家、病毒学教育相关领域专家。

四、其他要求

(一) 本次推荐拟选拔委员总数不超过 50 名，青委不超过 30 名，推荐名额分配表详见附件 1。

(二) 请推选委员尽快填写委员推荐表（见附件 2），加盖所在单位公章，于 2025 年 5 月 30 日前将扫描件发送至州省医学会医学病毒学分会筹备组邮箱，于 2025 年 5 月 30 日前将纸质版原件寄/交到贵州省医学会医学病毒学分会筹备组。

联系地址：贵州省贵阳市南明区中山东路 83 号

联系人：杨艳芳

联系电话：18985546068

电子邮箱: gzvirology@163.com

- 附件: 1. 贵州省医学会医学病毒学分会委员推荐名额分配
2. 贵州省医学会医学病毒学分会第一届委员会委员
推荐表
3. 委员信息汇总表



附件1

医学病毒学分会第一届委员名额分配表

序号	单位	委员名额	青委名额
1	贵州省人民医院	5	3
2	贵州医科大学及附属医院/中山大学附属第一医院贵州医院	5	3
3	遵义医科大学及遵义医科大学附属医院	3	1
4	贵州中医药大学及附属医院	3	1
5	贵州省疾病预防控制中心	2	1
6	贵州大学医学院	1	1
7	上海儿童医学中心贵州医院	1	1
8	北京积水潭医院贵州医院（贵州省骨科医院）	1	1
9	广东省中医院贵州医院	1	1
10	浙江省人民医院毕节医院（毕节市第一人民医院）	1	1
11	贵州省第二人民医院	1	1
12	贵阳市第一人民医院	1	1
13	贵阳市妇幼保健院	1	1
14	贵阳市公共卫生救治中心	1	1
15	遵义市第一人民医院	1	1
16	六盘水市人民医院	1	1
17	六盘水市妇幼保健院	1	1
18	安顺市人民医院	1	1
19	铜仁市人民医院	1	1
20	黔东南州人民医院	1	1
21	黔南州人民医院	1	1
22	黔西南州人民医院	1	1
23	兴义市人民医院	1	1
24	市/县级疾控中心（遴选）	6	1
25	县级医院（遴选）	8	2
合计		50	30

附件2

贵州省医学会医学病毒学分会 第一届委员会委员推荐表

编号: _____

姓名: _____ 性别: _____ 出生年月: _____ 籍贯: _____

民族: _____ 党派: _____ 入本会时间: _____ 会员证号: _____

工作单位: _____ 科室: _____ 专业: _____

科室职务: _____ 技术职称: _____ 手机: _____

固话: _____ 邮箱 (E-mail): _____

通讯地址: _____

学会任职 (包括科协、专科学会、委员会):

学 会 名 称	担 (兼) 任 的 职 务	时 间

是省、市、县哪一届政协委员、人大代表: _____

掌握何种外语、熟练程度 _____

主要学历 (包括国内、国外院校、研究机构的学历):

起 止 年 月	院 校 名 称	专 业	学 位

1寸免冠照
相片张贴处

(可添加电子相片
后打印表格)

主要工作（指在国内外从事医疗、科研、教育、管理）经历：

起 止 年 月	工 作 单 位	技术职称	职 务	主持、参加重要的 科研项目

有何发明创造、著作、重要论文：（发表年月和刊号）

接受过哪些奖励：

申请人承诺：

我保证上述填报内容的真实性。如被批准成为专业委员会委员，我将认真遵守贵州省医学会有关规定，积极参加贵州省医学会和专业委员会的活动。

申请人签名：

时 间： 年 月 日

所在单位 推荐意见	专科分会 推荐意见	省医学会 审查意见
单位盖章_____ 年 月 日	主委签字_____ 年 月 日	单位盖章_____ 年 月 日