

关于转发中国医师协会以岭关爱医师健康 专项基金医师身心健康活动的通知

桂医协函【2021】034号

协会各会员单位、全区各级医疗机构:

现转发《中国医师协会以岭关爱医师健康专项基金医师身心健康活动的通知》(医协函〔2021〕260号)至各级单位,请收到通知后,按通知精神(附件1)推荐符合条件的医师,填写好申请表(附件2),于2021年6月10日前把申请表扫描件发送至广西医师协会邮箱,协会将根据报名情况遴选出2名医师,向中国医师协会推荐参加该项活动。

广西医师协会联系方式:

电子邮箱: gxmda01@163.com 办公电话: 0771-5800373

网址: www. gxmda. cn 微信公众号: guangximda

联系人: 彭素娟 18677157064

办公地址:南宁市青秀区双拥路 30 号,南湖名都广场 A 座 1003 室 附件:

- 1、《中国医师协会以岭关爱医师健康专项基金医师身心健康活动的通知》(医协函(2021)260号)
 - 2、中国医师协会以岭关爱医师健康专项基金医师身心健康活动申请表



地址: 南宁市青秀区双拥路30号南湖名都广场A座1003室 电话: 0771-5800373



中国医师协会

中国医师协会以岭关爱医师健康专项基金 医师身心健康活动通知

医协函〔2021〕260号

各地方医师协会:

2013年中国医师协会携手以岭药业共同设立"中国医师协会以岭关爱医师健康专项基金"。在全国范围内开展关爱 医师健康的"送知识、送感情、送关怀"活动。在该基金支 持下,医师身心健康活动已连续开展6年。

2021年医师身心健康活动拟定于7月在山东省烟台市举行。本次医师身心健康活动将继续围绕参与抗疫工作的医师, 开展身心健康休养为主题的多种形式健康讲座、心理疏导、 文体活动等,希望不仅能为医师们带来身心全面放松休养, 并在互动交流中提高关注自身健康的意识,具体活动事宜通 知如下:

一、活动内容

- 1. 活动时间: 2021年7月9-16日(9日全天报到)
- 2. 活动地点:山东省烟台市山海国际酒店(烟台市莱山区新苑路9号,电话:0535-7350888)
 - 3. 活动规模: 医师 100 名。

二、活动对象

- 1. 坚守抗疫一线工作的医师;
- 2. 援非、援疆、援藏、援鄂医师;
- 3. 常年服务在艰苦、边远地区的基层医师及患有慢性疾病仍坚守岗位医师(基层医疗机构包括社区卫生服务中心和

站点、乡镇卫生院和村卫生室);

4. 符合以上条件,目前身心健康状况较好,能够独立活动,愿意参与本次医师身心健康活动的医师。

三、医师推荐流程

各地方医师协会根据要求各推荐 2 名医师,请填写"医师身心健康活动申请表",相关单位盖章扫描发送到会务组邮箱,报名截止日期 2021 年 6 月 25 日(电子版截止日)。

四、注意事项

- 1、2021 医师身心健康活动名额为 100 人,超出限额人 员将自动延期(以报名的先后时间为准);
- 2、交通工具以火车为主(特殊情况可与会务组协商), 自行购买往返火车票,会后提供有效报销凭证统一报销。
- 3、本活动承担医师本人全部交通、食宿及相关费用, 如有其他特殊情况,可在申请表详述,经批准后执行。

五、联系人及联系方式

会务组联系人:周影 王雅红

电 话: 15701387828 13716724805

邮 箱: 719047298@qq.com

以岭关爱医师健康专项基金: 刘汶鑫 13699258752

中国医师协会继续医学教育部: 王 韬 13810192939

通讯地址:北京市丰台区广安路9号院国投财富广场5

号楼 10 层

附件: 医师身心健康活动申请表



附件 2

中国医师协会以岭关爱医师健康专项基金 医师身心健康活动申请表

姓名			性别			年龄				
民族		身份	分证号码						照	片
通讯地址										
工作单位及科室		-					责人姓名责人电话			
本人手机号码							<u> </u>	贝八七巾		
紧急联系人		电话			关系					
紧急联系人				电话				关系		
个人工作简况										

	ř .	
1		
4		
个	Ti Control of the Con	
人		
蔵		
1 13		
Į Ņ		
事		
亦		
1		
15		
000		ec .
ر ا		
子		
以		
万		
个人感人事迹(1500 字以内,可另附纸)		
_		
可		
另		
I KH		
l Mi		
纸		
	6	

The state of the s

目前 个人身体状况		
所在单位意见	联系电话:	(盖 章) 年 月 日
专业委员会意见 所属地方医师协会或专科医师分会、		(盖 章) 年 月 日
中国医师协会意见		(盖 章) 年 月 日
备注	地方医师协会本活动联络人信息 联系人:	联系电话:

