

广东省基层卫生协会

粤基卫协办〔2026〕27号

关于征集广东省基层卫生协会心理与精神卫生分会委员 候选人的通知

协会各会员单位、各二级分会、各有关单位：

为进一步推动基层心理与精神卫生工作，加强相关领域学术交流、人才培养和专业协作，根据《广东省基层卫生协会章程》及有关规定，现面向全省公开征集广东省基层卫生协会心理与精神卫生分会委员候选人。现将有关事项通知如下：

一、征集范围

广东省内各级医疗卫生机构（含精神专科医院、综合医院、疾病预防控制机构、社区卫生服务中心、乡镇卫生院等）、医药卫生高等院校及高职高专院校、医药培训机构、科研院所、企事业单位及相关社会组织中，从事精神病学、心理学、临床医学、全科医学、药学、公共卫生、护理、健康管理、基层卫生管理等相关专业教学、科研、临床、公共卫生及管理工作的专业技术人员。

二、推荐条件

（一）个人会员入会条件

1. 热心于基层卫生服务事业且从事基层卫生服务管理、专业技术服务或教学、科研工作一年以上的各类专业技术人员；
2. 热心支持和赞助本会工作，对基层卫生服务事业发展和对外交流做出重要贡献的国内外人士。

（二）单位会员及代表候选条件

1. 我省具有独立法人资格、为城乡居(村)民提供预防、医疗(含中医药)、保健、康复等基本医疗与基本公共卫生服务的医联体或医卫共同体、乡镇卫生院(含村卫生站)或社区卫生服务中心(含站)、医康养等基层卫生服务机构，包括城市、农村各级各类医疗卫生服务机构和组织；
2. 愿意参加本会活动，支持本会工作的基层卫生服务机构、科研机构、教学单位或培训机构等单位或社会团体。
3. 单位代表任职要求：各单位推荐的分会负责人候选人，原则上应当由该单位主要负责人作为代表。

（三）委员候选人条件

1. 拥护党的路线方针政策，遵纪守法，具有良好的职业道德和学术风尚；
2. 广东省基层卫生协会会员（非会员者可同步提交个人入会申请）；
3. 热心基层心理与精神卫生，能够积极参加广东省基层卫生协会及分会组织的各项活动，认真履行委员职责；

4. 从事精神病学、心理学、临床医学、全科医学、药学、公共卫生、护理、健康管理、基层卫生管理等相关专业教学、科研、临床、公共卫生或管理工作，具有较高专业水平和中级及以上专业技术职称，研究生学历者可放宽条件；

5. 具有一定的专业水平、工作经验和组织协调能力，能够联系和团结相关专业人员，积极支持分会建设。

三、推荐程序

1. 单位会员填写《社会团体单位会员入会登记表》（附件1）；

2. 委员候选人填写《广东省基层卫生协会二级机构委员候选人登记表》（附件2），非广东省基层卫生协会会员的候选人，须同时填写《广东省基层卫生协会个人会员入会登记表》（附件3）；

3. 会员请填写《广东省基层卫生协会个人会员入会登记表》（附件3）；

4. 登记表须经所在单位审核并加盖公章；委员/会员/单位会员代表候选人填写以下二维码提交个人基本信息；



5. 请于 2026 年 10 月 23 日前将相关材料扫描件（PDF 格式）及电子版发送至指定邮箱：zhousumiao2018@163.com。邮件主题统一命名为“心理与精神卫生分会委员推荐+单位名称+姓名”。

四、注意事项

同一法人单位推荐委员候选人原则上不超过 2 人。候选人最终人选由筹备组按照协会有关规定，结合地区分布、单位分布、专业结构及人员资质等情况综合审核确定。

五、联系方式

联系人：苏敬华 13719177109 黄园园 13602480297

附件：

1. 《社会团体单位会员入会登记表》
2. 《广东省基层卫生协会二级机构委员候选人登记表》
3. 《广东省基层卫生协会个人会员入会登记表》

广东省基层卫生协会
广东省基层卫生协会心理与精神卫生分会筹备组
2026 年 10 月 12 日

附件 1

社会团体单位会员入会登记表

单位 会员	单位名称			
	法定代表人			
	单位编制数		单位实有人数	
	通讯地址			
联系人	姓 名		职 务	
	电 话		微信号	
	身份证号			

本单位自愿成为“广东省基层卫生协会”单位会员，遵守该社会团体章程和各项规章制度，履行该社会团体赋予的权利和义务。

单位名称（盖章）：

法定代表人签名：

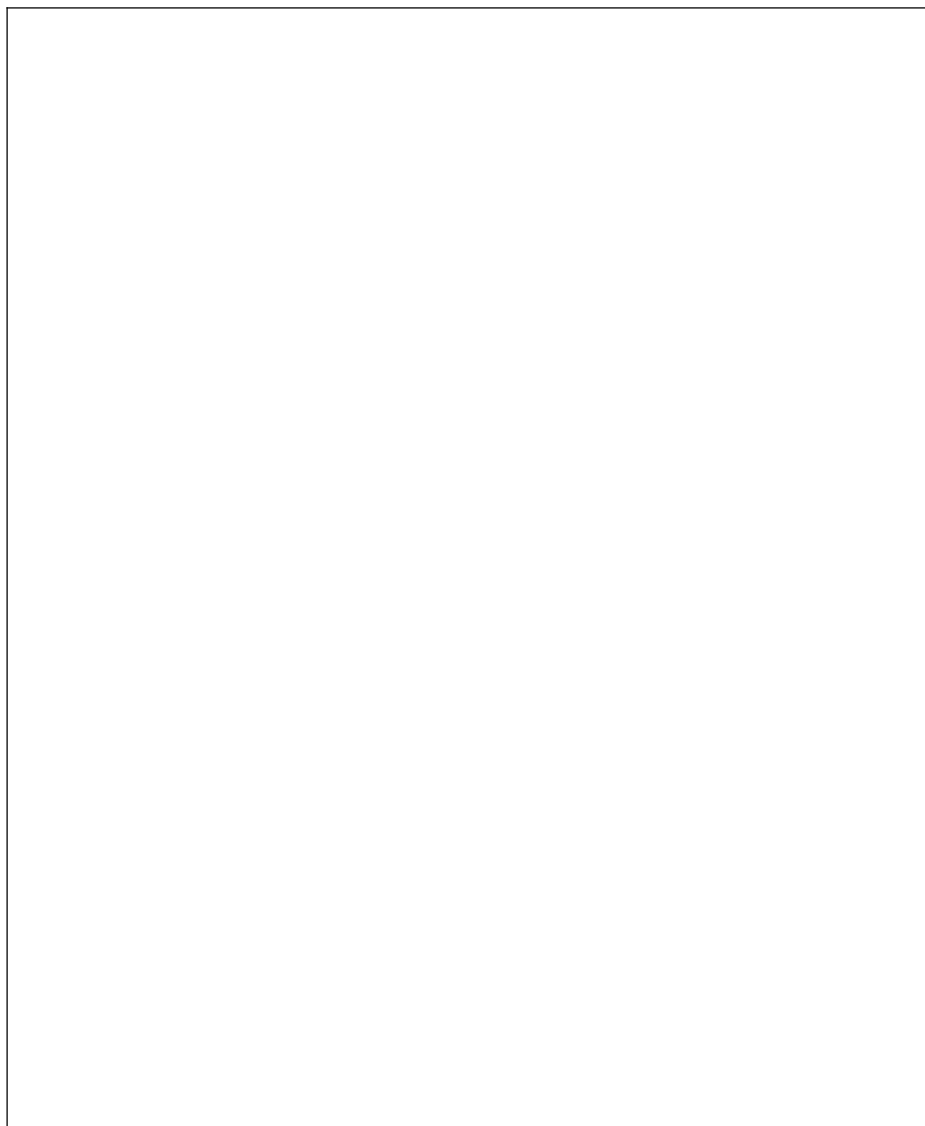
202 年 月 日

附件 2

广东省基层卫生协会二级分会委员候选人登记表

姓 名		性 别		民 族		相 片
政治面貌 (含民主党派及人大政协等)				学 历		
身份证号				联系手机		
E-mail				拟任分会职务		
基层卫生协会二级分会名称						
家庭住址及邮编						
工作单位及职务						
本人主要学习和工作经历：						
本人主要业绩及社会兼职（可另附页）						
本人签字：		单位意见：			协会意见：	
年 月 日		(印 章) 年 月 日			(印 章) 年 月 日	

(请将本人身份证复印件粘贴在背面)



附件 3

社会团体个人会员入会登记表

编号：

姓名		身份证号	
工作单位 及职称/职称			
联系电话			
通讯地址			
本人自愿成为“<u>广东省基层卫生协会</u>”个人会员，遵守该社会团体章程和各项规章制度，履行该社会团体赋予的权利和义务。 单位名称（盖章）： 个人（签名）： 年 月 日			