

人民卫生出版社有限公司

关于启动《县级医院医生手册》系列书

遴选主编、副主编、编者的通知

各有关医院：

为了贯彻习近平总书记在江苏镇江市世业镇卫生院考察时指出的“没有全民健康，就没有全面小康；要推动医疗卫生工作重心下移、医疗卫生资源下沉，推动城乡基本公共服务均等化，为群众提供安全有效方便价廉的公共卫生和基本医疗服务”的讲话精神。人民卫生出版社在卫计委的支持下，在中国医院协会、中华医学会、中国医师协会等机构的协同配合下，决定启动《县级医院医生手册》系列书的编写工作。

为适应我国县级医院改革和综合能力提升的需要，编写出专业性、针对性更强、更能适应县级医院一线工作的工具书，人民卫生出版社于2015年上半年进行了广泛调研，并对反馈意见进行了整理和汇总。目前《县级医院医生手册》系列书启动主编、副主编、编者的遴选工作。请各院能予以积极配合，推荐主编、副主编、编者，支持符合条件的医生申报，并对该系列书的编写给予大力支持。有关申报具体事宜说明如下：

1. 申报条件 详见附件1。

2. 申报程序 由申报人填写申报表（附件2，复印有效），由医院签署推荐意见并签章。申报主编者要提交一份编写计划，内容包括编写思路、章节三级目录（即编写大纲）、估计字数等。并将全部材料邮寄至人民卫生出版社联系人；同时发送一份电子稿（申报表以“申报表—单位名称—申报课程—主编/副主编/编者—申报人名”命名）至联系信箱，所有材料电子稿请于2015年8月7日前发到联系人邮箱。

3. 可申报书目 详见附件3。

4. 申报时间 截至2015年8月7日（邮寄材料以邮戳日期为准）。

5. 文件下载 所有附件可从 <http://www.pmph.com/> 公告栏下载。

6. 联系人及联系方式

贾 旭 手机 18701481675, 邮箱 jiayu360@163.com

肖 军 手机 13911197339, 邮箱 xj@pmph.com

陈 蕊 手机 15201303577, 邮箱 raye0408@163.com

方 毅 手机 13810775638, 邮箱 fangy@pmph.com

高天虹 手机 15001112024, 邮箱 gaotianhong1226@163.com

地址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号 人民卫生出版社有限公司医学学术编辑中心

邮编: 100021



附件:

附件 1 主编、副主编、编者遴选条件

附件 2 主编、副主编、编者申报表

附件 3 可申报编写书目

《县级医院医生手册》系列书主编、副主编、编者遴选条件

图书的质量取决于主编、副主编及编者的学术水平、工作经验、写作能力及对编写目的、要求的理解。为使本系列书编写工作顺利进行，出版一套适合我国县级医院医生的实用性指导手册，特制定遴选主编、副主编和编者的条件：

1. 具有丰富的临床经验，熟悉县级医院临床工作情况，本专业领域临床工作时间一般在 10 年以上；有较深的临床和学术造诣，具有副高或副高以上职称。不从事本专业的人员，不能担任编者。
2. 主编、副主编、编者原则以县级以上医院临床一线的医生为主，年龄一般在 60 岁以下。
3. 对在各级各类医联体的医、教、研和对县级医院帮扶指导中，有丰富经验、帮扶水平和临床能力的专家教授，优先考虑。
4. 有较高的写作水平，近 5 年内有论文或专著发表。
5. 责任心强，健康状况良好，能保证图书编写按时完成。
6. 有良好的协作精神，服从全套书编写的统一安排。
7. 遴选编者应从保证编写质量出发，并具有一定的广泛性。一部书中，每单位参编 1 人，主编单位可增加 1 人。
8. 凡参加推荐和编写的单位应能在时间、经费、人员等方面给予支持。

人民卫生出版社

2015 年 7 月 6 日

《县级医院医生手册》系列书主编、副主编、编者申报表

拟参编图书					申报担任 (请在相应栏√)	□主编 □副主编 □编者	
姓名	性别	年龄	职称	教龄	职务	学历	
工作单位(具体到科室)						邮编	
详细通信地址							
e-mail		手机		办公电话		传真	
简历 (本科及本科以上的毕业院校及工作简历)							
临床工作经历 (所从事专业时间、临床研究成果或获奖情况)							
图书编写经历 (参加过何种图书的编写,请列出其书名、主编、出版社及出版时间,请写明您是主编、副主编还是编者,并请列出您所编写内容的章标题)							
学术成果 (近5年发表的论文或专著,及其他学术成果)							

若申请担任编者请列出您所熟悉并拟参与编写的内容	
若申请担任主编,请列出您的编写大纲或简要的章节目录,并说明该书有别于其他书籍的特色之处(若您所要填写的内容较多,可另附页)	
医院是否对本人主编或参编本书给予支持	
单位 意见	<p style="text-align: right;"> 签字: _____ (单位盖章) _____ 年 月 日 </p>

注: 1. 此表复印有效, 也可到人民卫生出版社网站下载。如内容较多, 可附另页。
 2. 填表后, 除邮寄纸质材料外, 电子版同时发回给联系人。

敬请认真、准确填写该表格, 尽量避免因重要信息的遗漏而影响遴选。