

山东省口腔医学会文件

鲁口医会〔2018〕7号

关于召开华东地区第十次口腔医学学术会议 暨山东省口腔医学会第七次学术年会的通知 (第一轮)

各有关单位：

经华东六省一市口腔医学会商定，由山东省口腔医学会主办的“华东地区第十次口腔医学学术会议暨山东省口腔医学会第七次学术年会”将于2018年9月17日-19日在山东济南召开。本次会议旨在进一步增强华东地区口腔医学学术大会的影响力和凝聚力，加强区域内的学术交流与合作，共同提高口腔诊疗水平，推动口腔医学事业的发展。热忱欢迎华东地区口腔医学领域的同仁们踊跃参加会议，现将会议具体事项通知如下：

一、时间、地点

时间：2018年9月17日-19日（9月17日会议报到，18日-19日开会）；

地点：济南南郊宾馆（山东省济南市历下区马鞍山路2号）。

二、会议日程

1、9月17日全天报到

2、9月17日晚上召开山东省口腔医学会全科口腔分会

常委会；

3、9月18日上午：开幕式暨大会主题演讲；

4、9月18日下午：

分会场一：住院医师培训工作经验介绍分会场；

六省一市会长研讨交流会；

分会场二：山东口腔医学会口腔预防分会常委会暨学术年会；

分会场三：山东省口腔医学会口腔黏膜分会常委会暨学术年会；

分会场四：山东省口腔医学会全科口腔分会学术年会；

分会场五：山东省口腔医学会口腔管理分会常委会；

5、9月19日上午：

分会场一：华东青年医师典型病例展评；

分会场二：山东省口腔医学会口腔管理分会学术年会；

6、9月19日下午：山东省口腔医学会换届大会。

三、演讲嘉宾

1、口腔医学学术会议特邀演讲：邀请各省市口腔医学会会长进行主题演讲，每人30分钟。请填写附件特邀演讲回执。

2、青年医师典型病例展评：以临床典型病例为主，每人汇报10分钟。请各省市口腔医学会各推荐2位青年（40岁以下）临床医师参加，同时推荐1名副会长及以上专家担任点评专家。请填写附件病例展评回执。

3、所有回执请于2018年8月17日前发送至华东区第

十次学术会议指定邮箱，方便大会日程安排。

四、参会嘉宾

- 1、华东六省一市口腔行业组织全体会员；
- 2、山东省口腔医学会全体理事、会员；
- 3、山东省口腔医学会各专科分会委员、青年委员、会员；
- 4、华东六省一市口腔医务工作者；
- 5、各口腔医疗器材企业及相关单位。

五、收费办法

1、参会报名流程：报名回执表请电邮、短信或传真方式发至组委会办公室，视为报名。

2、收费办法：注册费 600 元/人，注册费用包含会务费、资料费、代表用餐等。

3、住宿统一安排，费用自理，按规定回单位报销。提前注册交费单位，报到现场可通过 VIP 签到台快速办理签到，凭付款凭证即可领取发票。汇款账号如下：

汇款账号如下：

户 名： 山东省口腔医学会

汇款账户： 中国建设银行山东省分行营业部

账 号： 3700 1610 9080 5016 5818

六、联系方式

1、大会秘书处

联系人：任书赓 张明 李萍

手 机：13854158537/1835146242/13210570512

邮 箱：kouqianghui001@163.com

微信公众号：IDEESD

大会网址：www.sdsaexpo.com

2、山东省口腔医学会秘书处

联系人：朱震坤

电 话：13791037999

主办单位：山东省口腔医学会



协办单位：



2018年8月10日

附件1:

**华东地区第十次口腔医学学术会议
暨山东省口腔医学会第七次学术年会
报名及酒店预订确认表**

单位			
发票开具内容	单位名称:		
	纳税人识别号:		
姓名	科室职务	身份证号码	手机/微信号
...
预定房间	<p>南郊宾馆(地址:山东省济南市历下区马鞍山路2号,总台电话:0531-85188982)</p> <p><input type="checkbox"/> 标准间:480元/间夜,入住时间: <input type="checkbox"/>17日 <input type="checkbox"/> 18日 <input type="checkbox"/> 19日</p> <p><input type="checkbox"/> 单人间:530元/间夜,入住时间: <input type="checkbox"/>17日 <input type="checkbox"/> 18日 <input type="checkbox"/> 19日</p> <p>预定数量: 个标准间, 个单间</p> <p>备注:1.因会议人数众多,会议酒店房间有限,本次会议不接受单个床位预订,请务必于9月7日前将住宿费至组委会指定账户,以保证入住会议酒店(如预订已满,组委会将不再另行安排,未提前交住宿费的房间不预留);组委会不接收超出会期(9月17日至19日)的住宿预订;2.请根据参会人数务必填写预定房间数量并与会务公司确认,回执表未填写单位不予保留房间;3.预订酒店请添加微信号:13854158537/1835146242。</p>		
大会指定收款账户	<p>户名:山东新丞华展览有限公司 账号:376120100100050643</p> <p>开户行:兴业银行济南高新支行 行号:309451006125</p> <p>备注:为了保证您的会议用房请务必交纳住宿费,收到住宿费后方可保留房间(汇款时请务必备注参会单位及大会名称201809口腔会”,并将汇款底单发送邮箱kouqianghui001@163.com 或者预订酒店对应的微信号13854158537/1835146242。</p>		

附件 2：交通指南

华东地区第十次口腔医学学术会议 暨山东省口腔医学会第七次学术年会 交通指南

南郊宾馆路线图

A: 乘飞机到达济南。从遥墙机场到宾馆，全程 41 公里左右。搭乘出租车至宾馆，约 100 元。

B: 乘火车到达济南：从济南站到宾馆，约 7 公里，搭乘出租车至宾馆约 16 元。公交车可乘 K43 路车，到省体育中心东站下车。

C: 济南西站至宾馆，约 15 公里，搭乘出租车至宾馆约 34 元。可乘 202 路公交车，到全民健身中心站下车。

D: 可乘以下公交车至酒店：57、226、150、148、55、901、601、602、603、605、33、30、126。

酒店地址：山东省济南市历下区马鞍山路 2 号。

预订酒店请添加微信号：13854158537/1835146242。

总机：0531-85188982。

位置示意图



山东省口腔医学会文件

华东地区第十次口腔医学学术会议暨山东省口腔医学会第七次学术年会特邀演讲邀请函 (第一轮)

尊敬的_____教授：

由山东省口腔医学会主办，华东六省一市口腔医学会协办的“华东地区第十次口腔医学学术会议暨山东省口腔医学会第七次学术年会”将于2018年9月17日-19日在山东济南举行。本次会议将通过华东六省一市特邀演讲、住院医师培训工作经验介绍、六省一市会长研讨交流会、青年医师典型病例展评等形式，与华东地区口腔界同行就本领域医学教育改革、最新研究成果、临床技术进展进行交流，共同推动口腔医学事业的繁荣与发展。

鉴于您在本省市口腔医学领域的学术影响及地位，在口腔医疗界做出的贡献和成就，诚挚邀请您于2018年9月日作为特邀嘉宾出席本次大会，并进行30分钟的主题演讲。务请拨冗出席，如愿之时，不胜感谢！

邀请人：魏奉才

2018年8月10日

附件：

特邀嘉宾参会及发言回执表

Participants Speakers receipt

单位名称/ Hospital:					
单位地址 / Address	邮编/Postcode				
演讲嘉宾 /Speakers		职务/Title		移动电话/Mobile	
联系电话/Tel		传真/Fax		电子邮件/E-mail	
演讲题目/Topic					
演讲内容简介 /Summary	(200-500 字)				
嘉宾简历/CV	(100-300 字)			嘉宾照片/Photo	(正面免冠, 像素不低于 100kb)
注/Remarks: 请您详细填写本表, 并于 8 月 17 日前将电子版传送至组委会, 以便组委会进行工作安排 手机 (mobile phone): 13210570512, 13791037999 联络人: 李萍 朱震坤 电子信箱/E-mail: sdqyxh@163.com , 请同时抄送 kouqianghui001@163.com					

山东省口腔医学会文件

关于举办华东地区青年医师典型病例展评的通知 (第一轮)

为推动华东六省一市口腔医学发展，拟定于“华东地区第十次口腔医学学术会议暨山东省口腔医学会第七次学术年会”期间举办“华东地区青年医师典型病例展评”活动。展评将为青年学者提供展示典型病例，进行高层次交流的平台，拓宽视野、提高临床诊断治疗水平，培养优秀青年医师。相关事宜通知如下：

一、病例展评时间：2018年9月19日上午。

二、人员分配：各省市口腔医学会推荐2位青年（40岁以下）医师参加。

三、现场展评：选手制作幻灯片，现场汇报，每人10分钟。幻灯片要求使用MS Office Powerpoint格式，排版美观合理，图片清晰，页数不超过20页。

2018年8月10日

附件：

华东地区青年医师典型病例展评回执

Participants Speakers receipt

单位名称 / Hospital					
演讲者 1 /Speakers		学 历 /Degree		移动电话/Mobile	
出生日期/Date of Birth		联系电话 /Tel		电子邮件/E-mail	
题目/ Topic					
单位名称 / Hospital					
演讲者 2 /Speakers		学 历 /Degree		移动电话/Mobile	
出生日期/Date of Birth		联系电话 /Tel		电子邮件/E-mail	
题目/ Topic					
单位名称 / Hospital					
评委 /Judge		职务/Title		移动电话/Mobile	
联系电话/Tel		传真/Fax		电子邮件/E-mail	
评委简历/CV	(100-300 字)			评委照片/Photo	(正面免冠，像素不 低于 100kb)
<p>注/Remarks: 请您详细填写本表，请于 8 月 17 日前将本表、投稿摘要和汇报 PPT 电子版传送至组委会，以便组委会进行工作安排</p> <p>手机 (mobile phone): 13210570512, 13791037999 联络人: 李萍 朱震坤</p> <p>电子信箱/E-mail: sdkqyxh@163.com, 请同时抄送 kouqianghui001@163.com</p>					

青年医师典型病例投稿摘要

姓名		职称		学历		证件照片 (正面免冠，像素不 低于 100kb)
单位		地址				
手机		电子邮箱				
个人简介	(不超过 150 字)					
报告题目						
报告主要内容	(不超过 500 字)					