**附件：华东地区第十一次口腔医学学术会议**

**参会回执表**

**Participants receipt**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称/ Hospital：** | | | | | |
| 单位地址/ Address |  | | | 邮编/Postcode |  |
| 参会人  /Participant |  | 职务/Title |  | 移动电话  /Mobile |  |
| 参会人  /Participant |  | 职务/Title |  | 移动电话  /Mobile |  |
| 参会人  /Participant |  | 职务/Title |  | 移动电话  /Mobile |  |
| 参会人  /Participant |  | 职务/Title |  | 移动电话  /Mobile |  |
| 参会人  /Participant |  | 职务/Title |  | 移动电话  /Mobile |  |
| 参会人  /Participant |  | 职务/Title |  | 移动电话  /Mobile |  |
| 参会人  /Participant |  | 职务/Title |  | 移动电话  /Mobile |  |
| 参会人  /Participant |  | 职务/Title |  | 移动电话  /Mobile |  |
| 参会人  /Participant |  | 职务/Title |  | 移动电话  /Mobile |  |
| 参会人  /Participant |  | 职务/Title |  | 移动电话  /Mobile |  |
| 参会人  /Participant |  | 职务/Title |  | 移动电话  /Mobile |  |
| 参会人  /Participant |  | 职务/Title |  | 移动电话  /Mobile |  |
| 参会人  /Participant |  | 职务/Title |  | 移动电话  /Mobile |  |
| 联络人电话/Tel |  | 职务/Title |  | 电子邮件  /E-mail |  |
| 参会人名单可附加 | | | | | |
| **注/Remarks: 请您详细填写本表，并于8月31日前将电子版传送至组委会，以便组委会进行工作安排**  电话(Tel)：021-53078068 传真(Fax)：021-53078068 手机（mobile phone）：13391009706 18019790336联络人：陆燕、黄正蔚 电子信箱/E-mail：ssa200905@163.com | | | | | |

**附件：华东地区第十一次口腔医学学术大会**

**华东地区白玉兰口腔优秀病例展评 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 |  |
| 病例题目/ 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 |  |
| 病例题目/ Topic |  | | | | |
|  | | | | | |
| 单位名称/ **Hospital** |  | | | | |
| **演讲者3**  **/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 |  |
| 病例题目/ 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) |
| **注/Remarks: 请您详细填写本表，并于8月31日前将电子版传送至组委会，以便组委会进行工作安排**  电话(Tel)：021-53078068 传真(Fax)：021-53078068 手机（mobile phone）：13391009706 18019790336联络人：陆燕、黄正蔚 电子信箱/E-mail：ssa200905@163.com | | | | | |

**临床病例摘要**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医师姓名** |  | **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** |  | | |
| **中文**  **题目** |  | | | | | |
| **医师**  **简介** | （不超过150字） | | | | | |
| **病情**  **介绍** | （包括患者性别，年龄，既往史，现病史，家族史，口腔卫生习惯及不良嗜好等，不超过150字） | | | | | |
| **诊断** | （准确规范的诊断） | | | | | |
| **治疗**  **方案** | （治疗方案设计，不超过100字） | | | | | |
| **诊治**  **经过** | （关键治疗步骤的诊治时间、内容及疗效，不超过300字） | | | | | |
| **总结**  **体会** | （对病例进行分析和总结，不超过200字） | | | | | |

**附件：华东地区第十一次口腔医学学术会议**

特邀嘉宾参会及专题演讲回执表

**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31日前将电子版传送至组委会，以便组委会进行工作安排**  电话(Tel)：021-53078068 传真(Fax)：021-53078068 手机（mobile phone）：13391009706 18019790336联络人：陆燕、黄正蔚 电子信箱/E-mail：ssa200905@163.com | | | | | | | |

**附件**：**华东地区第十一次口腔医学学术大会**

华东地区青年教师教学技能比赛参赛回执

**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 |  |
| 授课题目/ 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 |  |
| 授课题目/ 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) |
| **注/Remarks: 请您详细填写本表，并于8月31日前将电子版传送至组委会，以便组委会进行工作安排**  电话(Tel)：021-53078068 传真(Fax)：021-53078068 手机（mobile phone）：13391009706 18019790336联络人：陆燕、黄正蔚 电子信箱/E-mail：ssa200905@163.com | | | | | |

华东地区青年教师教学技能比赛参赛教案

参赛院校： 选手姓名：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 课程名称 |  | | | | | | **证件照片** (正面免冠，像素不低于100kb) | |
| 授课题目 |  | | | | | |
| 授课教师信息 | 职称 | | | 教龄 | 学位/学历 | |
|  | | |  |  | |
| 备注（包括参赛时对设备、环境等特殊要求） | | |  | | | | | |
| 教学目的及重点： | | | | | | | | |
| 教学要求 | | 教学内容 | | | | 表达方式 | | 时间分配 |
|  | |  | | | |  | |  |
| 难点分析及对策 |  | | | | | | | |
| 思考题 |  | | | | | | | |
| 学科新进展及参考资料 |  | | | | | | | |
| 教研室/院系意见：  签字：  日期： 年 月 日 | | | | | | | | |

注：此教案请编写45分钟即一课时的教案，即与时间分配中体现的总学时一致。

授课的教学对象为口腔医学本科主干教学的专业内容，如口腔临床课程或口腔基础课程。

教学要求：即要求学生掌握、了解、熟悉等的掌握程度要求。

表达方式：课堂上计划使用的教学方法或表达方式。

**附件：华东地区第十一次口腔医学学术大会**

华东地区高校青年博士论坛回执

**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) |
| **注/Remarks: 请您详细填写本表，并于8月31日前将电子版传送至组委会，以便组委会进行工作安排**  电话(Tel)：021-53078068 传真(Fax)：021-53078068 手机（mobile phone）：13391009706 18019790336联络人：陆燕、黄正蔚 电子信箱/E-mail：ssa200905@163.com | | | | | |

**高校青年博士论坛投稿摘要**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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） | | | | | |

附件：**华东地区第十一次口腔医学学术大会**

华东六省一市口腔医学会壁报展回执

**Participants Speakers receipt**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称/  Hospital |  | | | | |
| 作者1  /Doctor |  | 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/ post |  | | | | |
|  | | | | | |
| 单位名称/  Hospital |  | | | | |
| 作者2  /Doctor |  | 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/ post |  | | | | |
|  | | | | | |
| 单位名称/  Hospital |  | | | | |
| 作者3  /Doctor |  | 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/ post |  | | | | |
|  | | | | | |
| 单位名称/  Hospital |  | | | | |
| 作者4  /Doctor |  | 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/ post |  | | | | |
|  | | | | | |
| 单位名称/  Hospital |  | | | | |
| 作者5  /Doctor |  | 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/ post |  | | | | |
|  | | | | | |
| **注/Remarks: 请您详细填写本表，并于8月31日前将电子版传送至组委会，以便组委会进行工作安排**  电话(Tel)：021-53078068 传真(Fax)：021-53078068 手机（mobile phone）：13391009706 18019790336联络人：陆燕、黄正蔚 电子信箱/E-mail：ssa200905@163.com | | | | | |

**壁报展病例摘要**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医师姓名** |  | **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** |  | | |
| **中文**  **题目** |  | | | | | |
| **医师**  **简介** | （不超过150字） | | | | | |
| **病例摘要** | （不超过500字） | | | | | |