



# 上海市口腔医学会

Shanghai Stomatological Association

## 关于召开华东地区第十一次口腔医学学术会议的通知

### (第一轮)

尊敬的\_\_\_\_\_口腔医学会：

经华东六省一市口腔医学会商定，由上海市口腔学会主办的华东地区第十一次口腔医学学术大会将于 2019 年 10 月 29-30 日在上海世博展览馆召开。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、会议日程安排

1. 10 月 29 日 下午报到；
2. 10 月 29 日 13:00-17:00 华东地区白玉兰口腔优秀病例展评
3. 10 月 30 日 10:00-10:30 华东六省一市口腔医学会开幕式
4. 10 月 30 日 10:30-12:00、13:00-16:30 华东六省一市口腔医学会专题演讲
5. 10 月 30 日 9:00-12:30 华东地区青年教师教学技能比赛
6. 10 月 30 日 13:00-16:30 华东地区高校青年博士论坛
7. 10 月 30 日 16:30-17:00 闭幕式及颁奖
8. 华东六省一市口腔医学会壁报展

#### 二、 与会人员推荐

1. 华东地区白玉兰口腔优秀病例展评：每个病例汇报时间为 10 分钟。邀请各省市口腔医学会各推荐 3 个病例、1 名评委。请填写附件口腔优秀病例展评回执。

2. 口腔医学学术会议专题演讲：每人 40 分钟。邀请各省市口腔医学会推荐 1 名专家进行专题演讲。请填写附件专题演讲回执。

3. 青年教师教学技能比赛：现场授课，每人 15 分钟。请各省市口腔医学会推荐 2 名教师（≤35 岁）参加现场授课技能比赛，推荐 1 名评委。请填写附件青年教师教学技能比赛回执。

4. 高校青年博士论坛：以医疗、教研、科学为主，每人汇报 15 分钟。请每省市口腔医学会各推荐 2 位青年博士参加，推荐 1 名评委。请填写附件高校青年博士论坛回执。

5. 壁报展：邀请每个省市提供 5 个病例展示。

6. 所有回执请于 2019 年 8 月 31 日前发送至回执指定联系邮箱，方便大会日程安排。

### 三、会议费用、地点

1. 免会议注册费

2. 食宿自理

### 四、联系方式

联系人：陆 燕 电话 021-53078068 13391009706

黄正蔚 电话 021-53078068 18019790336

上海市口腔学会邮箱：ssa200905@163.com

上海市口腔学会地址：黄浦区制造局路 639 号 10 号楼 805 室

主办单位：



协办单位：



# 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

<b>单位名称/ Hospital:</b>				
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
联络人电话/Tel		职务/Title		电子邮件 /E-mail
参会人名单可附加				
<b>注/Remarks:</b> 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				



# 上海市口腔医学会

Shanghai Stomatological Association

## 华东地区白玉兰口腔优秀病例展评（第一轮）

为促进口腔临床医学事业发展，调动、激励广大青年口腔医师的积极性，规范临床技术操作，推广对临床病例的术后随访研究，经由华东六省一市口腔医学会联席会议决定，自 2019 年起，设立华东地区白玉兰口腔优秀病例展评，并于华东地区第十一次口腔医学学术会议期间首次举办。相关事宜通知如下：

一、病例展评时间：2019 年 10 月 29 日 13:00-17:00

二、参评对象：临床病例主要完成人为华东六省一市各口腔医学会会员，并具备口腔临床医师执业资格的医师（40 周岁以下）。各省市口腔医学会各推荐 3 个病例、1 名评委。

三、病例展评：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。

四、奖项设置：现场专家打分，按得分排名评选出一等奖 1 项；二等奖 3 项；三等奖 5 项；优胜奖 12 项。

主办单位：



协办单位：



# 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)
<b>注/Remarks:</b> 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)					



# 上海市口腔医学会

## Shanghai Stomatological Association

### 华东地区第十一次口腔医学学术会议专题演讲邀请函 (第一轮)

尊敬的\_\_\_\_\_教授:

由上海市口腔学会主办,华东六省一市口腔医学会协办的“华东地区第十一次口腔医学学术大会”将于2019年10月29-30日在上海市世博展览馆举行。本次会议将通过华东六省一市专题演讲、口腔优秀病例展评、青年教师教学技能比赛、青年博士论坛等形式,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2019年10月30日作为特邀嘉宾出席本次大会,并进行40分钟的主题演讲。务请拨冗出席,如愿之时,不胜感谢!

主办单位:



协办单位:



# 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)
<b>注/Remarks:</b> 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					





# 上海市口腔医学会

## Shanghai Stomatological Association

### 华东地区青年教师教学技能比赛 (第一轮)

为鼓励青年教师更新教育教学理念，掌握教育教学新手段新方法，提高教学水平，提高人才培养质量。定于华东地区第十一次口腔医学学术会议期间举办华东地区青年教师教学技能比赛。相关事宜通知如下：

一、比赛时间：2019年10月30日上午

二、参赛对象：各省市口腔医学会推荐2名选手参赛，年龄不超过35岁；各省市口腔医学会推荐1名评委。

三、参评科目及课件选用：参评科目为口腔医学五年制本科教学内容，所使用的课件（含多媒体）须为自制课件。参赛者需提交45分钟教案一份，教案内容应包括授课展示内容。

四、授课展示：中文授课为主，可适当结合双语教学，每名教师授课15分钟，授课需体现教学过程、教学方法和教学效果。

五、奖项设置：现场专家打分，按得分排名评选出一等奖2名，二等奖4名，三等奖8名。

主办单位：



协办单位：



# 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)
<b>注/Remarks:</b> 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				<b>证件照片</b> (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: <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">                     签字:                      日期:     年    月    日                 </div>				

注：此教案请编写 45 分钟即一节课的教案，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。



# 上海市口腔医学会

Shanghai Stomatological Association

## 关于举办华东地区高校青年博士论坛的通知 (第一轮)

为推动华东六省一市口腔医学发展,拟定于华东地区第十一次口腔医学学术会议期间举办华东地区高校青年博士论坛。论坛将为青年学者提供有关前沿学术思想的高层次交流平台,拓宽学术视野、提高学术水平,培养优秀青年科学家。相关事宜通知如下:

一、青年论坛时间:2019年10月30日下午

二、人员分配:各省市口腔医学会推荐2位青年博士参加,并推荐1名评委。

三、现场展评:选手制作幻灯片,现场汇报,每人15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。



协办单位:



## 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)
<b>注/Remarks:</b> 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)					



# 上海市口腔医学会

Shanghai Stomatological Association

## 关于举办华东六省一市口腔医学会壁报展的通知 (第一轮)

华东地区第十一次口腔医学学术会议将于 2019 年 10 月 29-30 日在上海世博展览馆举办。本次会议期间，将通过壁报展进行口腔临床病例展评，为华东地区口腔医师提供临床经验交流和总结的平台。现特向华东地区征集临床病例，相关事宜通知如下：

一、病例展评时间：2019 年 10 月 29-30 日

二、名额分配：各省市口腔医学会推荐 5 份临床病例。

三、病例展评要求：

1. 每位作者提交临床病例电子版一份，包括病例摘要及壁报稿，不得一稿多投，每人限一份稿件。

2. 壁报要求：JPG 格式，设计尺寸 80cm×110cm（竖版），图文并茂，印刷精度 300dpi 以上，标注作者信息（证件照片、姓名、职称、单位等）。

主办单位：



协办单位：



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					
<b>注/Remarks:</b> 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)					