**山东省口腔医学会**

**关于召开华东地区第七次口腔医学学术大会的通知**

尊敬的            口腔医学会：

  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七次口腔医学学术大会将于2015年10月21-22日在上海世博展览中心召开。本次会议旨在传承与发扬华东地区口腔医学学术大会的优良传统，进一步建设好我们共同拥有的这个平台，加强本区域口腔医学的交流与合作，促进口腔医学事业的繁荣与发展。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**

1.2015年10月20日报到注册；

2.2015年10月21日上午：开幕式

口腔医学教育教学改革的现状与未来———口腔医学教育高峰论坛

特邀华东六省一市口腔医学会知名专家做专题发言：张志愿、周曾同、王佐林、王林、王慧明、陈江、何家才、徐欣（排名不分先后）

3.2015年10月21日中午：华东六省一市口腔临床教育教学改革研讨会；

4.2015年10月21日下午：青年医师临床病例展示；

5.2015年10月22日上午：全国海右博士论坛，闭幕式。

**二、与会人员推荐**

1.青年医师临床病例展示：以病例汇报为主，每人汇报15分钟，强调多学科联合诊疗。请每省市口腔医学会各推荐2位35岁以下的青年医生参加，每省市口腔医学会推荐1名评委。请填写附件青年医师临床病例展示回执。

2.全国海右博士论坛：博士生进行科研学术报告，每人10分钟。请每省市口腔医学会各推荐2位优秀博士生代表，同时推荐一名点评专家。请填写附件全国海右博士论坛回执。

3.所有回执请于2015年9月1日前发送至各相关联系邮箱，方便大会日程安排。

**三、会议地址**

会议地址：上海世博展览中心浦东新区国展路1099号

会议食宿自理

**四、联系方式**

联系人：朱震坤 电话0531-88382956 13791037999

何薇电话 0531-88382971 18678810223

山东省口腔医学会邮箱：sdkqyxh@163.com

山东省口腔医学会地址：山东省口腔医院A座616房间

主办单位：山东省口腔医学会

协办单位：上海市口腔医学会、浙江省口腔医学会、江苏省口腔医学会、江西省口腔医学会、福建省口腔医学会、安徽省口腔学会（排名不分先后）

2015年7月30日

附件：参会回执

**华东地区第七次口腔医学学术大会**

**口腔临床教育教学改革研讨会参会回执表**

**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 |  |
| 联络人/cantacts |  | 职务/Title |  | 移动电话/Mobile |  |
| 联络人电话/Tel |  | 传真/Fax |  | 电子邮件/E-mail |  |
| 参会人名单可附加 | | | | | |
| **注/Remarks: 请您详细填写本表，并尽快将电子版传送至组委会，以便组委会进行工作安排**  电话(Tel)：86-531-88382956 传真(Fax)：86-531-88382923 手机（mobile phone）：13791037999  联络人：朱震坤电子信箱/E-mail：sdkqyxh@163.com | | | | | |

**山东省口腔医学会**

**邀请函**

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“华东地区第七次口腔医学学术大会”将于2015年10月21-22日在上海世博展览中心举行。此次大会的主题是“促进医教研协同发展，加强多学科联合诊疗”。这次会议是华东六省一市口腔学者群贤聚集的盛会，届时，将通过华东六省一市知名专家演讲、口腔医学临床教育教学研讨会、青年医师临床病例展示和海右博士论坛等形式，就口腔医学教育教学改革、临床诊疗技术发展和科学研究新进展等议题展开交流和讨论，共同擘画十三五期间华东地区口腔医学事业的蓝图。

久仰您作为本省市口腔医学的学术带头人、口腔医学会的组织领导人，在口腔医学的教育、临床和科研领域都卓有建树。华东地区第七次口腔医学学术大会的主办方诚挚邀请您于2015年10月21日上午作为特邀嘉宾出席本次大会，并进行20分钟有关口腔医学教育改革现状与未来的精彩演讲。不揣冒昧，特此致意。

邀请人：徐欣

联系人：朱震坤：13791037999 何薇：18678810223

华东六省一市口腔医学会(山东省口腔医学会代章)

2015年7月30日

附件：特邀嘉宾参会及发言回执表

**华东地区第七次口腔医学学术大会**

**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 |  | | | | |
| **注/Remarks: 请您详细填写本表，并尽快将电子版传送至组委会，以便组委会进行工作安排**  电话(Tel)：86-531-88382956 传真(Fax)：86-531-88382923 手机（mobile phone）：13791037999  联络人：朱震坤电子信箱/E-mail：sdkqyxh@163.com | | | | | |

**山东省口腔医学会**

**邀请函**

尊敬的            教授:

为了进一步推进口腔临床教学改革，提高口腔医学人才的培养质量，兹定于在华东地区第七次口腔医学学术大会期间举行口腔医学临床教育教学改革研讨会，会议以午餐会的形式举行，特邀请您参加。

一、会议时间：10月21日中午12:00-14:00

二、参会名单

各省口腔医学会的会长、各口腔医学院的院长、书记、分管教学的副院长、分管学生的副书记、教学办公室、学生工作办公室老师，请于9月1号前将参加人员名单报至组委会，以安排研讨会餐饮等相关事宜。

三、研讨会的主要议题

1 如何进行口腔医学临床教育教学改革，提高口腔医学生的临床技能水平

2 探讨举办华东地区口腔医学生临床技能大赛的可行性

3 如何加强区域间的合作交流，资源共享，提高整个华东地区的口腔医学教育教学水平。

诚邀各位领导莅临！

华东六省一市口腔医学会(山东省口腔医学会代章)

2015年7月30日

附件：特邀嘉宾午餐会回执表

**华东地区第七次口腔医学学术大会**

**口腔医学临床教育教学改革研讨会特邀嘉宾回执表**

**Participants Speakers 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 |  |
| 联络人/cantacts |  | 职务/Title |  | 移动电话/Mobile |  |
| 联络人电话/Tel |  | 传真/Fax |  | 电子邮件/E-mail |  |
| 参会人名单可附加 | | | | | |
| **注/Remarks: 请您详细填写本表，并尽快将电子版传送至组委会，以便组委会进行工作安排**  电话(Tel)：0531-88382972传真(Fax)：0531-88382923 手机（mobile phone）：18678810223  联络人：何薇电子信箱/E-mail：kqjiaoxueban@163.com | | | | | |

**山东省口腔医学会**

**关于举办华东地区首届青年医师临床病例展示的通知**

为加强青年医师临床技能，促进多学科联合诊疗，搭建华东地区临床学术交流平台，促进和提升青年医师临床治疗水平，定于2015年10月21日下午华东地区第七次口腔医学学术大会期间举办“华东地区首届青年医师临床病例展示”。现将相关事宜通知如下：

1、参加展示的选手要求：35岁以下的青年医师（1980年1月1日以后出生），经所在省市口腔医学会推荐报名参加，每个省市口腔医学会限额推荐两名参加。

2、病例具体要求：（1）突出多学科联合诊疗的特点，有一定难度和复杂性，体现治疗设计和临床操作水平。（2）能系统地撰写诊治经过，病例资料完整，有高质量的图像资料。（3）能深入分析，总结经验，体现特色。

3、提交资料：病例汇报PPT（15分钟）

4、参选办法：青年医师进行现场病例汇报，由评选专家组进行现场提问、点评。

华东六省一市口腔医学会(山东省口腔医学会代章)

2015年7月30日

**附件1：**

**华东地区第七次口腔医学学术大会**

**青年医师临床病例展示回执**

**Participants Speakers receipt**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称/ **Hospital** |  | | | | |
| **演讲者1**  **/Speakers** |  | 学历/Title |  | 移动电话/Mobile |  |
| 联系电话/Tel |  | 传真/Fax |  | 电子邮件/E-mail |  |
| 演讲题目 |  | | | | |
|  | | | | | |
| 单位名称/ **Hospital** |  | | | | |
| **演讲者2**  **/Speakers** |  | 学历/Title |  | 移动电话/Mobile |  |
| 联系电话/Tel |  | 传真/Fax |  | 电子邮件/E-mail |  |
| 演讲题目 |  | | | | |
|  | | | | | |
| 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 |  |
| **注/Remarks: 请您详细填写本表，并尽快将电子版传送至组委会，以便组委会进行工作安排**  电话(Tel)：0531-88382972传真(Fax)：0531-88382923 手机（mobile phone）：18678810223  联络人：何薇电子信箱/E-mail：kqjiaoxueban@163.com | | | | | |

**山东省口腔医学会**

**关于举办华东地区海右博士论坛的通知**

兹定于在华东地区第七次口腔医学学术大会期间举办海右博士论坛，本次论坛以“创新、交流”为指导思想，诚邀华东地区口腔医学博士生参加，开阔视野，激发博士研究生钻研学术的热情，提高创新能力。

**一、时间**

2015年10月22日上午

**二、参加人员**

每个省口腔医学会推荐两位优秀博士生代表参加论坛发言，同时推荐一名点评专家进行点评。并填写附件于2015年9月1日前提交至[sdkqHaiYou@163.com](mailto:sdkqHaiYou@163.com)。

**三、论坛形式**

优秀博士研究生代表每人进行10分钟的学术报告，并由点评专家现场点评。

请参加大会交流博士将汇报用PPT通过电子邮件提交到sdkqHaiYou@163.com，提交时间：2015年9月1日前，邮件以“学校+姓名+发言题目”为题，并请注明“参加华东地区第七次口腔医学学术大会海右博士论坛”。

**四、交通**

非上海市的博士，论坛承担往返交通费，限高铁二等座以下交通工具，届时请与会博士提供相应票据，返程票可在返回后邮寄：

济南市文化西路山东大学口腔医学院石海英，电话:13969058757

华东六省一市口腔医学会(山东省口腔医学会代章)

2015年7月30日

**附件2：**

**华东地区第七次口腔医学学术大会**

**全国海右博士论坛回执**

**Participants Speakers receipt**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称/ **Hospital** |  | | | | |
| **演讲者1**  **/Speakers** |  | 学历/Title |  | 移动电话/Mobile |  |
| 联系电话/Tel |  | 传真/Fax |  | 电子邮件/E-mail |  |
| 演讲题目 |  | | | | |
| 单位名称/ **Hospital** |  | | | | |
| **演讲者2**  **/Speakers** |  | 学历/Title |  | 移动电话/Mobile |  |
| 联系电话/Tel |  | 传真/Fax |  | 电子邮件/E-mail |  |
| 演讲题目 |  | | | | |
| 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 |  |
| **注/Remarks: 请您详细填写本表，并尽快将电子版传送至组委会，以便组委会进行工作安排**  电话(Tel)：0531-88382970传真(Fax)：0531-88382923 手机（mobile phone）：13969058757  联络人：石海英电子信箱/E-mail：sdkqHaiYou@163.com | | | | | |