

2018年中华口腔医学会

口腔医学教育专业委员会第二次学术年会通知

各口腔医学院系：

由中华口腔医学会口腔医学教育专委会主办、武汉大学口腔医学院承办的2018年口腔医学教育学术年会拟定于2018年11月10-13日在湖北武汉召开。本次会议将邀请多位知名专家和同仁进行多种形式的交流和展示。现将有关会议事项通知如下：

会议时间：2018年11月10-13日

会议地点：湖北武汉国博中心

一、会议主题：

1. 口腔医学本科教育中创新思维培养
2. 本科专科教育质量提升与监管
3. 学术型研究生的培养与出路
4. 思政工作经验交流

二、会议的主要内容：

1. 口腔院校青年教师理论授课及教师、学生临床操作技能展示（详见附件）
2. 有关会议主题的专题报告和研讨
3. 国内各院校口腔教育学者学术论文交流
4. 国内各院校思政工作者经验交流论坛
5. 第五届口腔医学教育专委会换届会第一次全委会

三、主要会议日程安排：

11月10日 会议报到及会前会

11月11日 口腔院校青年教师理论授课及教师、学生临床操作技能展示

11月12日 特邀专家专题报告，分会场学术研讨

11月13日 前6名优秀选手授课展示，闭幕式

四、大会报名与征稿：

1. 学术论文征稿：凡与会议主题、教育科学的教学模式、教学条件和教学师资队伍建设的教学内容和学生思政工作，或其他口腔医学教育方面内容均可，征文要求提交电子版全文（2000~3000字）一份，包括论文摘要（400~

500字),摘要包括目的、方法、结果与结论四项,并注明作者单位和联系方式。

征文内容请发至: kqjyxsnh@163.com 截稿日期: 2018年9月15日

温馨提示: 由于此次会议期间, 同期将召开口腔医学教育专委会换届大会, 请所有新当选的专委会各级委员务必百忙中安排时间参加会议, 卸任的专委会委员也提倡继续支持专委会工作, 积极参加此次会议。

2. 分会场学术研讨交流推荐或报名: 围绕会议主题及教育教学改革相关的报告征集交流报告, 交流PPT 演讲限时15分钟, 推荐或报名请将工作单位、联系方式以及报告题目发至E-mail: kqjyzwh@163.com, 截止日期: 2018年9月15日。鼓励各单位择优推荐报告人选和内容。

五、学分申请

正式注册并参会代表可获学会级I类继续教育学分4分。具体学分领取请到现场报到处—学分证领取处咨询。

六、注册及交费事项

1. 每位参会者需缴纳会议注册费, 注册费标准:

(1) 10月15日以前缴费者, 口腔医学会(CSA) 会员800元/人, 非会员900元/人, 学生(含本科及研究生凭证) 400元/人;

(2) 现场缴费者, 口腔医学会(CSA) 会员900元/人, 非会员1000元/人, 学生(含本科及研究生凭证) 500元/人;

(3) 参加授课技能展示和现场技能展示的老师, 注册费统一按800元/人收取, 缴费者可以同时参加学术研讨会。只有证明已缴纳注册费者才有参加展示资格。

2. 注册费缴纳:

(1) 微信注册(推荐)

本次会议可微信报名及交费, 请在微信客户端点击:

<https://mp.cndent.com/checkme/regmeeting/10032>, 填写学术会议注册信息提交报名。如参会人员需要使用公务卡交费, 可先将公务卡绑定到微信上, 再按上述“微信交费报名”步骤操作即可(特别提醒: 执行交费时务必手动选择公务卡)。

注: 第一次关注中华口腔医学会的, 需先完成个人信息注册, 再进行会议注册报名。

(2)提前汇款:

户名: 中华口腔医学会

开户银行: 工商银行紫竹院支行

帐号: 0200007609014459190

提前通过银行汇款或转账请附言“姓名+武汉+教育+注册费”,

并请妥善保存汇款凭证,填写参会回执(附件1),如多人或集体缴费请填写集体参会回执(附件2),以上回执及汇款凭证图片于2018年10月15日前邮件至kqjyxsnh@163.com(会务组指定邮箱),以便提前开具发票,现场凭付款凭证领取发票,提前交费截止日后请勿汇款。

(3)现场注册: 现金、刷卡(银行卡、公务卡)

参加大会的交通费和食宿费自理。住宿信息及详细会议日程请见第二轮会议通知。

3.注册的变更、取消与退款

(1)注册变更时,请会前尽早通过电子邮箱向秘书处进行书面确认。

(2)因故不能参加会议但已交费的代表,可通过电子邮箱向秘书处进行书面申请,取消注册并获得退款。其他申请方式不予受理。

(3)退款规则如下:2018年9月20日前收到取消注册和退款书面申请,将原额返还付款人。退款手续将会在会议结束后两周左右办结。2018年9月20日后收到取消注册和退款书面申请者,将不再受理退款。

七、会议咨询联系方式:

承办方: 武汉大学口腔医学院

地址: 湖北省武汉市洪山区珞喻路237号 邮编: 430079

联系人: 张玉峰 027-87686104

E-mail: kqjyzwh@163.com

主办方: 中华口腔医学会口腔医学教育专委会

学术秘书 张玉峰 027-87686104

工作秘书 李翠英 13801382933

E-mail: kqjyzwh@163.com

请于**10月15日**之前将参会回执通过邮箱或信件发送给会议承办方。

期待关系口腔医学教育的广大教师、临床医学工作者和口腔教育管理者踊跃光临此次大会。

中华口腔医学会口腔医学教育专委会

武汉大学口腔医学院

2018年4月16日



附件 1

2018年口腔医学教育学术研讨会（第一轮通知）

参会回执（复制有效）

姓名		性别		手机号	
学生	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	学生证号		邮箱地址	
会员	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	会员号		职务职称	
工作单位					
汇款日期*		汇款人*		汇款金额 (元)*	
发票抬头*					
纳税人识别号 / 统一社会信用代码*					

注：发票一经开出，不能修改，请认真填写发票抬头及纳税人识别号；

标“*”项为必填项目，否则无法提前开具发票。

附件 2

2018 年口腔医学教育学术研讨会（第一轮通知）

集体参会回执（复制有效）

单位						
单位联系人及职务		单位联系电话				
参会人员	姓名	职称/职务	年龄	会员号	手机	邮箱
发票抬头 *						
纳税人识别号 / 统一社会信用代码 *						

注：集体注册缴费需注明发票开具张数及金额；

发票一经开出，不能修改，请认真填写发票抬头及纳税人识别号；

标“*”项为必填项目，否则无法提前开具发票。