

山东省心功能研究会

关于召开齐鲁儿童心血管疾病学习班暨山东大学齐鲁医院儿科心血管疾病专科联盟第三次学术会议的通知

各位参会代表：

为进一步推进我省儿科心血管和风湿免疫疾病专业的进步和发展，由山东省卫生保健协会、山东省心功能研究会联合主办，山东大学齐鲁医院承办的“齐鲁儿童心血管疾病学习班”定于2023年7月28日-29日在济南召开，同期进行山东大学齐鲁医院儿科心血管疾病专科联盟第三次学术会议。进行此次会议采用线上和线下相结合的形式。本次会议将被授予省级继续教育 I 类学分3分[项目编号:2023-专-018]。会议有关事宜通知如下：

1. 会议时间

2023年7月28日16:00-20:00线下会议注册报到；

2023年7月29日08:00-17:30召开学术会议，结束后撤离

2. 会议地点

珍珠泉宾馆南一会议厅（济南市历下区泉城路院前街1号）

3. 会议内容

召开2023年“齐鲁儿童心血管疾病学习班”暨“山东大学齐鲁医院儿科心血管疾病专科联盟第三次学术会议”，邀请儿科心血管和风湿免疫疾病领域国内外知名专家进行专题学术讲座；就儿科心血管及风湿免疫疾病前沿、热点问题及科研方法进行深度学术交流。

4. 参会人员

山东大学齐鲁医院儿科心血管疾病专科联盟单位代表；山东省卫生保健协会儿科心血管和风湿免疫疾病专家委员会全体委员；各级医疗机构中从事儿科工作，致力于儿科心血管和风湿免疫疾病研究诊治的医师。

5. 费用

会务费500元/人，由山东省心功能研究会收取并统一开具会议费发票。食宿由大会统一安排，住宿、交通费用自理，按规定回所在单位报销。请于2023年7月24日前将参会回执及会员申请表发送至对应邮箱，以便提前安排食宿。

收款单位名称：山东省心功能研究会

开户行：工商银行济南朝山街支行

账号：1602023509200030542

会前转账截止日期为7月24日，转账时请务必注明“参会代表姓名+儿科心血管会议”字样。转账成功后，发送转账截图或回单至电子邮箱 qlekxxg@163.com，以便核对。如需开具发票，请将参会代表姓名、联系电话、转账截图（回单）、准确开票信息（单位名称、社会统一信用代码证号）等一并发送至上述邮箱。

6. 其他

现场注册并参会人员将被授予省级继续教育 I 类学分3分。

7. 联系人及联系方式

山东大学齐鲁医院 安增岳 18560082546

山东大学齐鲁医院 赵海招 18560089186

邮 箱：qlekxxg@163.com

地址：济南市文化西路107号山东大学齐鲁医院儿科

附件1：参会回执

附件2：联盟申请表



附件1:

参会回执

姓名		性别		职称	
发票单位名称			统一社会信用代码		
单位地址					
邮箱					
手机				微信	
申请联盟	<input type="checkbox"/> 山东大学齐鲁医院儿童心血管疾病专科联盟				
住宿情况					
济南珍珠泉宾馆： 标间390元/间/晚（ ） 195元/床/晚（ ）；大床房 390元/间/晚（ ）； 均含早餐。请注明房间（床位）数和住宿天数，中午 14:00 前退房。					
说明： 1. 会议发票由山东省心功能研究会统一开具。 2. 外地参会人员如需酒店住宿务必于7月24日前联系以确保预留房间，住宿费用发票由酒店开具。 3. 会议注册咨询：安增岳 18560082546，赵海招 18560089186					

会场地址：

珍珠泉宾馆南一会议厅（济南市历下区泉城路院前街1号）

附件2:

山东大学齐鲁医院儿童心血管疾病专科联盟单位会员申请表

单位名称			
通讯地址		邮编	
	姓名	电话	微信
联系人			
	所在部门	职务	邮箱
申请单位情况简介			
<p>本单位承诺：本单位申请成为山东大学齐鲁医院儿童心血管疾病专科联盟的成员单位，遵守联盟章程及其他制度。</p> <p>申请单位（公章）： 申请日期：</p>			
委员会 审批意见	<p>盖章： 日期：</p>		
备注	<p>请将此表扫描后发送至对应邮箱，并将原件寄送或会议报到时交至会务组，同时缴纳200元铭牌制作费。</p> <p>邮箱：qlekxxg@163.com</p>		