

山东中医药学会

鲁中会字〔2025〕83号

关于召开山东中医药学会超声心动图专业委员会成立大会暨第一次学术会议的通知

各市中医药学会及有关单位：

为搭建超声心动图协作、交流、沟通平台，凝聚我省超声心动图学术力量，促进我省超声心动图研究水平和成果转化的迅速提高，由山东中医药学会主办，山东大学齐鲁医院承办的“山东中医药学会超声心动图专业委员会成立大会暨第一次学术会议”，拟定于2025年7月4日—5日在济南召开。届时将邀请国内知名专家进行学术讲座。现将有关事宜通知如下：

一、会议内容

- (一)山东中医药学会第一届超声心动图专业委员会成立大会；
- (二)学术会议：专题讲座、学术交流。

二、参会人员

(一)山东中医药学会第一届超声心动图专业委员会委员候选人请务必按时参会，如有特殊情况不能按时参会，可指派一人代替参会，无故不按时参会者视为自动放弃委员候选人资格；

(二)全省各级医疗、教学、科研等机构，从事超声心动图相关领域的专业技术人员均可参会。

三、会议时间

2025年7月4日—5日（4日10:00~13:30注册报到，14:00选举工作会议，5日成立大会及学术会议）。

四、会议地点

会议地址：山东大学齐鲁医院齐鲁楼（山东省济南市历下区文化西路 107 号）。

住宿酒店：银座泉城大酒店（历下区-南门大街 2 号）

你好酒店泉城广场店（历下区-泺文路 9 号）

五、其他事宜

(一)会务费：800 元/人，会议统一安排食宿，住宿及交通费自理，凭发票回单位报销。

(二)会员注册：山东中医药学会会员携带会员证或复印件参会，非会员与会时需办理入会手续（与会时缴纳会费，会费标准 60 元/年，一次性缴纳 5 年，共 300 元）。

(三)参会回执：为妥善安排会务，请参会代表于 2025 年 6 月 30 日前填写参会回执（见附件）发至会务组邮箱。

(四)联系方式：王颖彬 18560086563

刘芳芳 18560088117

会务组邮箱：csxdtzwh@163.com

附件：参会回执



附件

参会回执

| | | | | | |
|------|---|----|------|-------|--|
| 姓名 | | 性别 | | 职称/职务 | |
| 工作单位 | | | 邮政编码 | | |
| 单位地址 | | | | | |
| 联系电话 | | | 电子邮箱 | | |
| 开票信息 | 请提供单位名称、税号 | | | | |
| 房间预定 | 单间 <input type="checkbox"/> 标准间（两人合住） <input type="checkbox"/> 默认标准间拼住，如需单间请注明 | | | | |