

山东省疼痛医学会

关于召开山东省疼痛医学会 第二届儿内科专业委员会换届选举会议 暨第一次学术会议的通知

各委员候选人：

根据《山东省疼痛医学会章程》和《山东省疼痛医学会委员会管理办法》有关规定，经山东省疼痛医学会批准，第二届儿内科专业委员会换届选举会议暨第一次学术会议定于 2025 年 3 月 21 日—22 日在济南市吉尔宾馆召开。现就有关事项通知如下：

一、填写委员候选人推荐表

请登录山东省疼痛医学会网站（<http://www.sdasp.cn>），在下载中心栏目下载委员推荐表并按要求填写（附件 1），加盖所在单位公章，后期可在会员管理系统申请委员任职时回传。

二、会议安排

（一）会议时间

2026 年 3 月 21 日 9:00-20:00 报到，3 月 22 日 8:00-9:00 举行换届会议及开幕式，9:00-15:00 学术会议。

（二）会议地点

济南市吉尔宾馆

（三）报到地点

济南市吉尔宾馆

三、会议费用

参会者每人需缴纳会务费 400 元，缴费后自行提交开具增值税电子发票申请。

新入会委员需一次性缴纳一届会员费 150 元（50 元/人/年*3 年），由学会统一开具财政电子发票发送邮箱。

缴费时间及方式见后期通知。

食宿会议统一安排，住宿、交通费用自理。

四、注意事项

（一）接到会议通知者均为本届委员候选人。

（二）参会者请于 3 月 8 日前将委员推荐表电子版发送至：jnsetyyekdx@163.com。未发送者视为放弃本次委员候选人资格，会议报到当天现场不允许委员增补。

（三）无故不参加会议者，视为自动放弃委员候选人资格。

（四）各参会代表参与学术会议前，应履行所在医疗卫生机构的有关审批手续。

（五）温馨提示：请合理安排报到时间，避开报到高峰期。

联系人：胡万冬：18866115991

山东省疼痛医学会

2026 年 2 月 9 日

附件 1

山东省疼痛医学会



儿内科专业委员会委员候选人推荐表

姓 名		性别		出生年月		一寸彩照
身份证号				政治面貌		
民 族		籍贯		学 历		
学 位				联系电话		
职 称				职 务		
工作单位				科室部门		
通讯地址					邮政编码	
邮 箱				研究方向		
学术成就、 学术兼职 (可自行附页)						
推荐人姓名				工作单位		
专 业				职 称		
推荐人意见	推荐人签名： 20 年 月 日					
单位意见	单位盖章： 20 年 月 日					
学会意见	学会盖章： 20 年 月 日					
备注						

附件 2

山东省疼痛医学会儿内科专业委员参会回执

个 人 信 息	姓 名		性 别		年 龄	
	科 室		职 务		职 称	
	单 位					
	地 址				邮 编	
	手 机		E-mail			
	是否现场参会					
住 宿 预 定	吉尔宾馆	☐ 大床房（200 元/间，含单早） ☐ 标准套间（350 元/间，含双早） ☐ 普通标准间和别人合住（200 元/间，含双早）				
	入住时间	3 月__日入住，3 月__日退房				

注意：请于 3 月 15 日前回执，如无住宿预定，届时不负责您的住房；遇有特殊情况，会务组有权更改您的预定。