

山东省健康管理协会

鲁健管字〔2024〕43号

关于召开山东省健康管理协会运动与健康促进 专业委员会第七届学术会议暨山东省运动医学 与关节镜外科新进展学习班的通知

各相关单位：

为分享国内外运动与健康领域新理论、新方法，推动我省运动医学学科建设与人才培养，提高我省运动损伤疾病诊疗及学术水平，由山东省健康管理协会主办、山东第一医科大学附属省立医院承办的“山东省健康管理协会运动与健康促进专业委员会第七届学术会议”拟定于2024年11月在山东济南召开，同期召开山东省运动医学与关节镜外科新进展学习班。现将会议有关事项通知如下：

一、会议时间

2024年11月16日-20日。

二、会议地点

济南银座颐庭大酒店(地址：济南市历下区经十路9777号鲁商国奥城5号楼；电话：0531-81766000)

三、会议内容

会议将邀请国内知名运动医学专家围绕该领域的热难点问题探讨交流并作专题讲座。会议结束后将获得国家级继续教育项目学分 10 分（需现场扫码登记）。

四、参会人员

山东省健康管理协会运动与健康促进专业委员会全体委员，各医疗机构从事运动医学专业的医务工作者。

*全体委员需按时参会，特殊情况不能参会者，请向会务组请假。无故不到者，考勤予以记录，累计两次不到者取消委员资格。

五、会议注册

会议报名：食宿由大会统一安排，住宿、交通费用自理，按规定回单位报销。请于 10 月 20 日前以电子邮件方式提交参会回执（见附件 1），以便提前安排食宿。

会议缴费：会务费 500 元/人，请扫描下方二维码缴费，缴费时务必添加附言：**姓名+运动会议**。缴费及开票注意事项详见附件 2。



缴费二维码



开票二维码

六、联系方式

山东第一医科大学附属省立医院 杨 光 15168866961

山东省健康管理协会 范清华 15662771317

胥彩虹 15806678863

邮箱: docyangguang@163.com

附件: 1. 参会回执表

2. 缴费及开票注意事项



附件 1:

参会回执表

姓名	性别	单位	职务	电话	是否住宿

1. 如需住宿，请注明：需标准间____间，大床房____间，____人住。
2. 预计抵达时间：____月____日____时
3. 回执信息请于 10 月 20 日前发送至邮箱 docyangguang@163.com。

附件 2:

缴费及开票注意事项

一、缴费注意事项



请扫描上方二维码缴费，点击添加附言备注：**姓名+运动会**。

二、开票注意事项



如需发票，请扫描此二维码填写开票信息。

注意事项：

- 1、选择企业或个人/事业单位均可；
- 2、请务必在备注栏，备注：**姓名+金额+运动会**。