



第十四次全国口腔颌面外科学术会议 会议通知



活动情况简述:

学分信息: 正式注册并参会代表可获一类继续教育学分10分(项目编号2018-08-02-062(国))。

活动地点: 重庆国际会议展览中心

活动日程:

- 1) 10月19日大会注册报到, 会前会
- 2) 10月20日开幕式、全体大会、手术直播
- 3) 10月21日口头报告、专题报告
- 4) 10月22日专题报告、卫星会、壁报展示
- 5) 10月23日青年医师英文演讲、离场

一、 征文内容

1.1 征文内容

肿瘤、修复重建、唾液腺及脉管疾病, 创伤及关节, 唇腭裂及美容整形, 牙槽外科及种植, 正颌、OSAHS 及数字化等相关各领域

1.2 征文要求

凡未在国内外刊物公开发表过的论文均可投稿。

撰写格式: 投稿请按正式发表论文的要求, 提交中文摘要, 字数为 400 字以内; 文字力求准确、精练、通顺, 不要附图表。摘要标题要求简洁明确, 需注明全部作者姓名、单位名称、联系方式等; 以结构式, 即研究目的、研究方法、研究结果、研究结论、关键字五部分顺序撰写。

1.3 投稿方式

请登陆大会网站 www.csoms2018.com, 浏览“论文提交”板块, 本次会议仅接受线上投稿。

投稿截止日期: 2018年7月30日

1.4 投稿咨询

电话: 021 3279-8784 (热线服务: 10:00-18:00)

邮箱: abstract@csoms2018.com

二、 报名及交费

(一) 注册费标准

收费 标准	类别	非会员(元)	学会会员 (元)	研究生/规培 生(元)
	注册时间			
	提前注册 截止 2018 年 7 月 20 日	1000 元	800 元	500 元
	标准注册 截止 2018 年 10 月 12 日	1200 元	1000 元	600 元
现场注册	1400 元	1200 元	700 元	

(二) 交费方式 (迈氏公司代收)

1. 提前注册

1) 大会注册网站

<http://www.csoms2018.com/data/list/dhzch>

2) 银行汇款

汇款信息如下:

户名: 迈氏会展服务(上海)有限公司

开户银行: 汇丰银行(中国)有限公司上海分行

账号: 088-295506-011

汇款注意事项:

- ✓ 汇款时务请在附言注明参会人员姓名+注册号
- ✓ 请将汇款底单扫描发送至 registration@csoms2018.com
- ✓ 会议的注册费发票由中华口腔医学会统一开具

2. 现场注册: 现金(人民币)、刷卡(银联卡、公务卡)

(三) 交费须知

1. 提前交费请妥善保存汇款凭证, 填写会议回执(附件1), 并将回执及汇款凭证图片于2018年10月12日前邮件至registration@csoms2018.com, 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;
2. 注册费发票由中华口腔医学会提供, 请准确提供发票抬头、税号等信息, 发票一旦开出, 恕不修改及重开;
3. 取消参会及退费说明: 2018年10月5日前提出取消注册, 要求退费申请, 专委会在会前两周10月5日审核汇总后统一发财务部办理。2018年10月6日取消注册

或改变行程，专委会将不予受理。

三、 住宿

本次会议不包含住宿费用

四、 乘车路线

重庆国际江北机场至重庆国际会议展览中心

自驾/出租车：重庆江北国际机场驾车前往重庆国际会议展览中心经由机场路走东环立交约25.9公里车程，正常驾驶仅需30分钟。

搭乘重庆市轨道交通：从机场搭乘轨道交通3号线至工贸站3B出口,轻轨票6元，耗时约58分钟即可到达会展中心。

重庆市内各火车站至重庆国际会议展览中心

1. 重庆北站

自驾/出租车：从重庆北站出发，经由石板坡立交桥约 9.6 公里即可到达重庆国际会展中心，正常驾驶仅需 22 分钟

搭乘重庆市轨道交通：从重庆北站出发，搭乘轨道交通 3 号线至工贸站, 3B 出口即可到达会展中心。

公共交通：乘坐 119 路至会展中心站可直达重庆国际会展中心。

2. 菜园坝火车站

自驾/出租车：从菜园坝火车站出发，经由南区路约 2.9 公里路程即可到达重庆国际会展中心，正常驾驶仅需 7 分钟。

搭乘重庆市轨道交通：从菜园坝火车站旁的两路口轻轨站乘坐轨道交通 3 号线至工贸站, 3B 出口即可到达会展中心。

公共交通：乘坐 819、115、872 路公交车至会展中心站下车即到。

五、 会务组联系方式

迈氏会展服务（上海）有限公司

地址：上海市静安区陕西北路 66 号，科恩国际中心 20 楼，200041

电话：021 3279-8792（注册热线：10:00~18:00）

传真：021 3279-8799

邮箱：registration@csoms2018.com

中华口腔医学会口腔颌面外科专业委员会

2018年3月13日



附件 1

参会回执

姓名		性别		手机号	
研究生/规培生	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	研究生/规培生号		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。