

山东省妇幼保健协会

鲁妇幼便函（2018）11号

关于召开“山东省妇幼保健协会脐带血应用专业委员会成立大会暨第一次脐带血应用学术会议”的通知

为进一步推动脐带血应用、人力资源建设，凝聚我省医疗、妇幼保健团队，保障我国妇幼健康事业的发展，更好的服务大众及相关行业。山东省妇幼保健协会定于2018年8月4日在济南召开主题为“融合发展、健康中国”的“山东省妇幼保健协会脐带血应用专业委员会成立大会暨第一次脐带血学术会议”，现将相关事宜通知如下：

一、会议举办单位

主办单位：山东省妇幼保健协会

承办单位：山东省妇幼保健协会脐带血应用专业委员会

二、会议内容

（一）山东省妇幼保健协会脐带血应用专业委员会成立大会

（二）学术会议

- 1、干细胞技术临床转化；
- 2、脐带血采集及临床应用及科研进展；

3、妇产科最新进展；

4、现代化医院管理；

5、国际精准医疗。

三、参会人员

从事脐带血应用的相关医务人员；山东省妇幼保健协会脐带血应用专业委员会委员候选人务必到会，无故不到会者视为自动放弃委员资格。

四、会议时间及地点

（一）会议时间：

2018年8月3日 19:00前报到，20:00成立大会，
8月4日全天学术会议

（二）会议地点：山东大厦（山东省济南市历下区马鞍山路2-1号）

五、其他事宜：

（一）缴费标准

1、会员单位缴费500元/人；非会员单位缴费600元/人。

2、可于7月26日前提前转账，转账时**务必详细注明参加分会名称、参会人员姓名、联系电话、单位全称**。会议结束时统一领取发票。会务费请汇入以下账户：

户名：山东省妇幼保健协会

开户行：招行济南分行营业部

账 号： 5319 0398 4310 602

(二) 请参会人员于 2018 年 7 月 26 日前务必将回执以电子邮件形式发送至会务组。

回执邮箱：826458944@qq.com (回执表见附件)

联系人： 刘 峰 13969104929

杲春红 15054106869

附件： 参会回执



附件：

“脐带血应用专业委员会成立大会”参会回执

姓名	性别	民族	单位	职务/职称	手机	E-mail	到会 时间

备注：1、回执请在2018年7月26日之前发送至联系人邮箱 826458944@qq.com

2、本回执必须如实完整填写，否则影响报名。复印/自制均有效。