

**安徽省口腔医学会口腔种植专委会
白求恩精神研究会口腔医学分会第二口腔种植学组（专委会）
2025年口腔种植年会暨〈无牙颌种植现状及未来展望新技术学
习班〉会议通知（第一轮）**

尊敬的口腔界同仁：

安徽省口腔医学会口腔种植专委会及白求恩精神研究会口腔医学分会第二口腔种植学组（专委会）主办，合肥市口腔医学会协办，合肥市口腔医院承办的省级继续教育项目《无牙颌种植现状及未来展望新技术学习班》[2025-08-05-001(皖)](I类6分)将于9月24日-9月26日在合肥洲际酒店举行，会议同期召开安徽省口腔医学会第三届种植专委会第三次全体委员会议，专委会换届大会及白求恩精神研究会口腔医学分会第二口腔种植学组（专委会）第一届第三次全体常委和委员会议。

一、会议内容

本次会议聚焦无牙颌种植修复的适应症及规范化操作，以大量临床病例展示和无牙颌种植领域的最新临床及基础研究、新进展、新理念为基础，邀请多名国内外知名专家进行现场授课，为口腔种植专业的发展提供助力。会议同期还将举办“安徽省口腔种植优秀病例展示”。本次会议内容丰富，形式多样，期待您的参与！

二、会议日程安排

1.会议地点：合肥市蜀山区潜山路 888 号合肥洲际酒店

2.会议日程

报到时间：9 月 23 日下午 13:30-18:30。

报到地点：合肥洲际酒店三楼大厅

授课地点：合肥洲际酒店三楼洲际大宴会厅

3.课程安排

具体信息请关注后续通知

三、参会须知

1.会务费标准：中华口腔医学会会员有效及失效 ≤ 2 年或白求恩精神研究会会员收取会务费 400 元/人，失效 > 2 年会员及非会员收取会务费 600 元/人，线上转账缴费至安徽省口腔医学会账户。往返交通食宿自理，提供午餐。

2.由于会议酒店房间紧张，本次会议住宿协议酒店为：安徽省合肥市蜀山区东流路 888 号天鹅湖大酒店(普通房/湖景房)399/439 元(含双早)。预订电话：13665691634,王传燕(请报会议名称协议价订房)。

四、学分办理

如需学分请务必携带好医生 IC 卡,按时签到,现场刷卡。
会议结束 30 天左右可查询。

五、联系方式

侯永福（专委会秘书）：18919690935(微信同号)

何晓雪：15605657663/18096647691(微信同号)

六、注册方式

本次会议采取线上预报名方式，请扫描下方二维码填写参会信息并完成注册缴费。（报名成功以完成缴费为准）



转账账户：

安徽省口腔医学会

账户：341323000018170125672

开户银行：交通银行屯溪路支行

七、病例展示征集内容及要求

（一）征集范围：

- 1.口腔种植及相关软硬组织增量病例。
- 2.题材不限，病例题目自拟。

（二）参展要求：

1.参展病例可由一位或多位口腔医师完成。

2.每位医师只能提交1例病例。

(三) 参展说明:

1.参展病例必须为演讲者及团队原创,病例资料真实,不存在知识产权等方面的争议,不存在学术道德和诚信方面的问题。

2.病例资料不涉及隐私(包括患者姓名、住址、医保卡号、联系电话等)。

3.本次展示将邀请省内外专家教授点评,由安徽省口腔医学会为优秀病例颁发证书。

(四) 投稿要求:

1.病例书写规范、完整,应当包含:主诉、病史、检查、诊断、治疗、随访、讨论、总结等。

2.投稿病例要有真实性和科学性,图文并茂

3.投稿资料要求临床病例资料真实、完整,病例内容需要具有一定难度、有代表性,提交的病例需是“结束完成病例”

4.病例资料齐全:包含治疗前、中、后的文字及影像记录,重要步骤的数码照片、模型等资料,要求体现检查、诊断、治疗等过程中必要的讨论、结论。

5.投稿截止时间:2025年8月31日

6.联系人:何晓雪 15605657663/18096647691

(五) 投稿方式

1、请将以下3个文件制作压缩包,命名“单位+姓名”,一

并发送至邮箱 hedental@126.com, (邮件主题注明为: 参加 2025 年口腔种植病例展示):

- ① “参展报名表” (签字盖章) 见附件 1;
- ② 医生本人 2 寸近照 1 张 (最好是证件照, 电子版 50KB 以上);
- ③ 参展病例作品 (ppt 或 pdf)。

2、邮箱地址:

hedental@126.com (邮件主题注明为: 参加 2025 年口腔种植病例展示) 不符合投稿命名要求的稿件将不予受理。



安徽省口腔医学会 口腔种植专委会



白求恩精神研究会口腔医学分会
第二口腔种植工作组(专委会)



合肥市口腔医学会



合肥市口腔医院

2025 年 7 月 25 日

附件 1

安徽省口腔种植病例展示报名表

医师姓名		性别		年龄	
职称		工作单位		科室	
邮箱			联系电话		
分享病例题目					
患者姓名		性别		年龄	
病例类型	美学种植 ☐ 即刻种植 ☐ 无牙颌种植 ☐ 软硬组织增量 ☐ 数字化种植 ☐ 多学科联合种植 ☐ 其他 ☐ _____				
科主任意见：					
签字盖章					

注：请务必于8月31日前，提交报名表及参展作品。