**山东省疼痛医学会**

——————————————

**关于召开山东省疼痛医学会第X届XXX专业委员会**

**成立/换届选举会议暨XXX会议的通知**

各委员候选人：

根据《山东省疼痛医学会章程》和《山东省疼痛医学会专业委员会管理办法》有关规定，经山东省疼痛医学会批准，定于XX年X月X日在XX市XXX酒店召开山东省疼痛医学会第X届XXX专业委员会成立/换届选举会议暨XXX会议。现就有关事项通知如下：

**一、填写委员候选人推荐表：**

请[登陆](mailto:各委员候选人登陆邮箱@126.com)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，加盖所在单位公章，纸质版于参会报到时带来上交。

**二、会议安排：**

（一）会议时间：XX年X月X日下午xx:xx-xx:xx报到，x:xx-x:xx 举行成立/换届会议及开幕式；XX月X日x:xx-xx:xx学术会议。

（二）会议地点：XX市XXX酒店

（三）报到地点：XXX

（四）会议日程：见附后

**三、会议费用：**

参会者每人需缴纳会务费xx元，扫描二维码缴费后自行开具增值税电子普通发票。

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。

食宿会议统一安排，住宿、交通费用自理。

**四、联系方式：**

XXX,XXXXX；XXX,XXXXX

**五、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X月X日前将委员推荐表电子版发送至：XXX（手机号XXX）。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）温馨提示：请合理安排报到时间，避开报到高峰期。

山东省疼痛医学会

XXX年X月X日