

山东省中医药文化传播学会

鲁中传〔2025〕03号

关于召开山东省中医药文化传播学会 方剂学专业委员会 2025 年学术年会的通知

各有关单位：

为贯彻落实《山东省中医药文化传承发展工作方案》，促进中医药方剂学领域的学术交流与合作，经研究，定于2025年10月中旬在日照召开山东省中医药文化传播学会方剂学专业委员会2025年学术年会，同期增补部分委员，现将有关事项通知如下：

一、会议时间及地点

会议时间：10月17日下午14:00报到，19:00召开方剂学专业委员会工作会议；18日全天开会，19日离会。

会议地址：日照蔚蓝假日酒店（地址：日照市东港区碧海路469号，联系方式：秦浩 15865480030）

二、会议主题及内容

会议主题：深挖传统方剂精华，传播中医方药文化

会议内容：增补部分委员；“经典方剂科普与临床应用”

优秀实践案例颁奖仪式；方剂学专业委员会 2025 年学术年会。

三、参会人员

山东省中医药文化传播学会方剂学专业委员会全体委员及候选委员；“经典方剂科普与临床应用”优秀实践案例申报代表；全省各级医疗机构、医学院校、宣传教育基地、中医药文化体验场馆从事方剂学相关的中医药相关专业技术人员及行政管理人员等。

四、增补委员范围及程序

（一）增补范围

全省各级医疗机构、医学院校从事中医药相关专业技术人员及行政管理人员；全省从事中医药文化挖掘、研究、宣传、教育等相关人员；全省各级中医药文化宣传教育基地、中医药文化体验场馆相关人员等。

（二）审批程序

采取自愿申报的方式，方剂学专业委员会对申报者材料进行初步审核，经学会同意后列为候选委员，并参加会议，会议期间对拟增补委员进行选举。

（三）其他事项

1. 推荐人应认真填写《山东省中医药文化传播学会方剂学专业委员会委员候选人推荐申请表》（附件 1）。尚未成为山东省中医药文化传播学会会员的，请同时填写会员申请表

(附件 2)。

2. 每个单位最多可推荐 3 人，已报名加入学会其他专业委员会的原则上不再推荐。

3. 各单位负责本单位报名汇总工作，请于 2025 年 10 月 10 日前将申请表加盖公章并制作成 PDF 版，文件名称以“单位名称+姓名”命名后发送至 sdszyywhcbxhfjx@163.com。

五、费用及其他事项

1. 方剂学专业委员会委员候选人务必注册参会。（确因特殊原因不能参会者，经会务组同意后可委托他人参会并提交委托书，否则视为自动放弃委员候选人资格。）

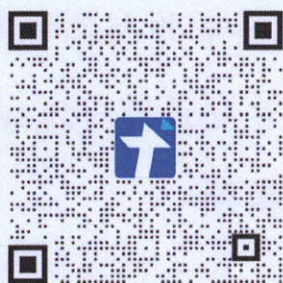
2. (1) 新申报的山东省中医药文化传播学会会员请进入网址 <http://zhyy.qiluzhongyiyao.com/>（必须为 PC 端进入），注册、申请并缴费，会员费 300 元（会费标准 60 元/年，一次性缴纳 5 年，共 300 元；已缴纳过学会会费的委员请备注会费缴纳时间）。

(2) 参会代表请扫描下方二维码，通过网上报名系统进行参会报名、缴费及预定房间。参会需缴纳会务费 900 元/人（含参会费、资料费、餐费），参会人员交通、住宿自理，按照规定回单位报销。

3. 付款时请备注：方剂学专业委员会+参会人员姓名+会务费。

注：参会代表务必在缴费后点击“已付款，直接开票”

输入开票信息（包括抬头、税号、有效电子邮箱）。本次会议费用全部开具电子票据，将在会后 10 个工作日内发送至电子邮箱，请自行下载打印，线上报名交费截止时间为 10 月 15 日。



六、联系人及联系方式

山东省中医药文化传播学会 王雨晨 17706350112

济南医院 李晓亮 15269195950

路中艳 18006346887

方剂学专业委员会邮箱: sdszyywhcbxhfjx@163.com

山东省中医药文化传播学会网址: www.qiluzhongyiyao.com

扫描下方二维码关注学会官方公众号



山东省中医药文化传播学会

2025 年 9 月 9 日

3701057720125

附件 1:

山东省中医药文化传播学会个人会员申请表

个人会员证编号:

填表日期: 年 月 日

姓 名		性 别		出生年月		照片
工作单位				职务/职称		
毕业院校			所学专业			
详细地址						
手 机		电子 邮箱		微信号		
学习经历						
工作经历						
社会兼职						
单位意见	盖 章 年 月 日		本会审批 意见		盖 章 年 月 日	

附件 2:

山东省中医药文化传播学会方剂学专业委员会
委员候选人推荐申请表

姓 名		性 别		出生年月		照片
工作单位				职 称		
所在部门				职 务		
手 机				办公电话		
通讯地址				邮 箱		
个人简介（限 300 字）：						
其他社团组织任职情况（限 100 字）：						
所在单位推荐意见： 单位授权代表人（签章）： 年 月 日						
学会审查意见： 学会（签章）： 年 月 日						