

式), 并注明"淋巴瘤读片会投稿"字样。

(2) **病例资料请寄:** 广东省广州市中山二路 106 号广东省人民医院病理医学部病理科 罗东兰 收 邮编 510080。

(3) 收到病例后三个工作日内会通过 Email 予以确认。若未收到确认, 请联系罗东兰医生 (手机号码: 13719343236)。

5. 病例征集截止日期: 2016 年 7 月 31 日, 以寄出日期为准。

6. 所有投稿病例收集后, 将经过专家组筛选入会, 分为大会发言讨论病例和现场展示投票病例两组; 每例大会发言讨论的病例将指定 2 到 3 家重点发言单位。具体事宜待后续通知。

7. 所有入会病例拟于 2016 年 9 月初制作成虚拟数字切片、刻录光盘或拷贝 u 盘后, 附病史摘要, 发放至病例提供单位, 以及参会单位供预览读片。

特别说明:

鉴于全国淋巴增生性疾病读片会参加单位众多, 本次读片会仅拟对所有确定参会单位提供全部读片病例电子资料 1 套; 除非有特殊要求, 原则上供片单位的 HE 切片和白片不再一一归还, 敬请各供片单位自行留档。



2016 年 3 月 15 日