

山东省妇幼保健协会

鲁妇幼便函（2021）4号

关于召开山东省妇幼保健协会妇科分会换届选举 大会暨第二届一次学术年会的通知

各会员单位、各相关妇幼保健、医疗机构：

山东省妇幼保健协会妇科分会 2016 年 5 月成立，按照协会《分支机构组织管理办法》规定，现首届妇科分会任期届满，需进行换届选举工作，并同时举办 2021 年学术年会。随着中国社会经济的快速发展，人民群众生活水平改善，人们对生活质量和美的追求不断提高，女性生殖健康和盆底功能障碍性疾病的康复倍受关注。本次会议将邀请省内知名专家教授进行学术演讲和深入讨论，旨在推广相关领域的新技术、新成果和新理念，进一步推动我省女性生殖健康和盆底康复学科发展。因疫情防控，本次会议将线上与线下同步进行。现将有关事宜通知如下：

一、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妇科分会

山东大学附属山东省妇幼保健院

二、会议时间地点

会议时间：5月28日14:30-20:00报到，5月29日召开换届选举大会暨第二届一次年会

会议地点：济南银座佳悦酒店四楼多功能厅（历下区经十路23377号）

三、参会人员

（一）山东省妇幼保健协会妇科分会委员候选人（无故不注册、不到会者视为自动放弃委员资格）。

（二）全省各级医疗、妇幼保健机构从事与本专业相关的医务人员均可报名参会。

四、缴费标准：500元/人。

（一）转账缴费：请于5月20日前转账，转账时务必详细注明参会人员：姓名、电话、分会名称（可简写，如妇科），费用请汇入以下账户：

户名：山东省妇幼保健协会

开户行：招商银行济南分行营业部

账号：5319 0398 4310 602

（二）现场缴费：有特殊要求的（比如刷公务卡），可现场报到时缴纳。

五、其他事项

（一）为了配合常态化疫情防控要求，报到时参会人员需出

示健康码和两周内核酸检测证明，配合工作人员测量体温，会议期间保持安全距离、佩戴口罩。

(二)请参会人员认真填写回执内容(本单位纳税人识别号、电子邮箱、手机)。于5月10日前发送至联系人邮箱sdsfkfh@163.com。会议统一安排食宿，交通、住宿费自理(标间/大床房360元/间/天)。

(三)联系方式:

吕树卿: 18660743765 邮箱: sdsfkfh@163.com

附件:

- 1、会议日程
- 2、参会回执
- 3、委员候选人推荐表
- 4、入会登记表(个人)

山东省妇幼保健协会

2021年4月20日

附件 1:

会议日程

日期	时间	内 容	主讲	单 位	
5月28日	14:30-20:00	会议报到 (自助餐)			
5月29日	08:00-09:00	开幕式	田永杰	山东省立医院	
	09:00-09:30	妇科肿瘤患者生育力保护的措施和策略	赵淑萍	青岛妇女儿童医院	
	09:30-10:00	妇科恶性肿瘤肺转移	王晓红	莱芜市人民医院	
	10:00-10:30	子宫内膜异位症手术治疗	徐 蕾	淄博市妇幼保健院	
	10:30-10:50	专题讲座			
	10:50-11:20	子宫脱垂合并盆腔广泛致密粘连手术方式的选择	崔竹梅	青岛大学附属医院	
	11:20-11:50	常见宫内病变宫腔镜操作技巧及并发症的预防	戚小霞	山东省妇幼保健院	
	11:50-12:20	盆腔重建手术注意点	田永杰	山东省立医院	
	午餐				
	13:30-14:00	子宫内膜炎与不孕症	颜 磊	山东大学附属生殖医院	
	14:00-14:30	宫角妊娠的诊断和处理	刘 薇	山东省立医院	
	14:30-15:00	专题讲座			
	15:00-15:30	宫颈癌保留生育功能的治疗	郎芳芳	山东省妇幼保健院	
	15:30-16:00	CO ₂ 激光在妇科领域的应用	杨 洁	临沂市妇女儿童医院	
	16:00-16:30	电生理适宜技术在妇科疾病的应用	田永杰	山东省立医院	
	16:30-16:40	大会总结	田永杰	山东省立医院	

附件 2:

参会回执

姓名		单位	
性别		手机	
职称/职务		邮箱	
是否住宿			
纳税人识别号 (统一社会信用代码)			

备注: 1、回执请在 2021 年 5 月 10 日前发送至联系人邮箱 sdsfkfh@163.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。

3、务必将本人邮箱及本单位纳税人识别号(即统一社会信用代码)填写正确。

附件 3:

山东省妇幼保健协会 分支机构委员候选人推荐表

分支机构名称: 妇科分会

姓名		性别		出生年月		照片
职务		职称		专业		
入本会情况				邮编		
工作单位				手机		
单位地址				邮箱		
主要学历及 工作经历						
主要学术论 著及科技 成果						
在本会各级 及其它社团 任职情况						
工作单位推荐意见				山东省妇幼保健协会		
(单位人事部门盖章) 年 月 日				(盖章) 年 月 日		

注: 1、入本会情况是指是否已加入“山东省妇幼保健协会其他分支机构的某个职务”。

2、单位意见盖章必须是单位人事部门盖章, 否则不予认可。

3、盖章扫描电子版发送所报分支机构联系人邮箱。

附件 4: (仅需非会员单位填写)

山东省妇幼保健协会入会登记表(个人)

姓名		性别		照片
民族		出生日期		
单位				
手机		邮箱		
职务		通信地址		
职称		身份证号		
工作 简历 及 成绩	单位意见 (章)			
备注				