

# 山东省妇幼保健协会

---

鲁妇幼便函〔2020〕8号

## 关于召开“山东省妇幼保健协会妇女儿童心理保健专业委员会成立大会暨第一届一次学术年会”的通知

各会员单位，各相关医疗、妇幼保健机构：

为推动我省妇幼保健系统妇女儿童心理保健工作的开展和提升，协会定于2020年10月在济南召开“山东省妇幼保健协会妇女儿童心理保健专业委员会成立大会暨第一届一次学术年会”，届时将特邀国内、省内知名专家授课。因为疫情防控，本次会议将线上线下同时进行（副主任委员、常务委员及部分委员候选人参加线下，以报名人数满70人的时间为限，其他委员候选人参加线上）。现将会议相关事项通知如下：

### 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儿心理保健专业委员会

### 二、时间与地点：

会议时间：2020年10月23日；10月22日14:00—19:00  
报到，23日8:00召开成立大会，随后进行学术培训

---

**会议地点：**山东省妇幼保健院西区（原山东城建学院，济南市历下区经十东路 12956 号）行政 1 号楼 609 会议室。

**报到及住宿地点：**倪氏海泰大酒店（济南市历下区经十东路 114 号，电话：0531-58881666）（23 日会场报到）

### 三、参会人员

（一）山东省妇幼保健协会妇女儿童心理保健专业委员会委员候选人务必到会，无故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、其他事项

（一）缴费标准：500 元/人

（二）缴费方式：

1、现场缴费（仅限线下人员）：现金、刷卡、微信、支付宝均可，报到时缴纳，并即时开具电子发票。

2、转账缴费：线上人员采用转账形式。转账时务必详细注明参会人员：姓名、电话、单位名称、分会名称（可简写，如 XX 妇幼，心理保健），费用请汇入以下账户：

户 名：山东省妇幼保健协会

开户行：中信银行济南燕山支行

账 号：8112 5010 1370 0333 554

3、参会人员报到缴费时请出示**本单位纳税人识别号**（统一社会信用代码）。会议统一安排食宿，交通、住宿费自理。

(二) 因疫情防控期间，外请专家进行线上授课。

(三) 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或相关健康证明，配合工作人员测量体温，会议期间保持安全距离、佩戴口罩。

(四) 联系方式：

徐爽：15753126079      邮箱：1594746393@qq.com

周倩：18766417806      邮箱：zhouqian85@126.com

- 附件：1、会议内容  
2、参会回执  
3、委员候选人推荐表  
4、入会登记表



附件 1:

## 会议内容

会议内容	主讲人
妇女儿童心理保健专业委员会成立大会	
青少年身心健康与服务	中国疾病预防控制中心妇幼保健中心 罗晓敏
应对分娩挑战，提升人生智慧	中国疾病预防控制中心妇幼保健中心 郑睿敏
ADHD 的非药物干预	上海交通大学医学院附属新华医院 张劲松
儿童情绪障碍的管理	南京脑科医院儿童心理研究中心 柯晓燕
儿童心理健康发展现状	山东省妇幼保健院 刘明花
儿童青少年抑郁障碍的诊断与药物治疗	山东省精神卫生中心 刘金同
淄博市妇幼保健院 心理专科建设经验分享	淄博市妇幼保健院 阎加民
围产期抑郁的筛查与诊治	北京回龙观医院 陈林
父亲在儿童成长中的作用（家庭关系）	北京大学第六医院 林红
孤独症谱系障碍(ASD)及其共患障碍的识别与治疗	青岛市妇幼保健计划生育服务中心 张风华
《孕产妇心理健康管理专家共识》解读	山东省妇幼保健院 罗颖
抽动症的诊断与治疗	泰安市妇幼保健院 谢虹

根据情况变化，会议日程会做相应调整，请谅解！

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 2020 年 10 月 18 日前发送至联系人邮箱  
1594746393@qq.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**。电子发票将发送至各缴费人员邮箱。

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:

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		
主要学历及工作简历						
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、电子版发送所报分支机构联系人邮箱, 纸质盖章版邮寄或成立大会时上交。

附件 4:

### 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				