

# 山东省妇幼保健协会

---

鲁妇幼便函〔2024〕72号

## 关于召开山东省妇幼保健协会健康教育与健康促进 专业委员会第一届三次年会的通知

各相关单位，各位委员：

为更大范围的团结组织健康教育领域的管理者及从业人员，积极为推进山东省健康教育体系建设建言献策，为全省健康教育服务工作服务。山东省妇幼保健协会定于2024年11月21日召开“健康教育与健康促进专业委员会第一届三次年会”。届时，将邀请国内相关专业知名专家进行专题讲座，现将相关事项通知如下：

### 一、会议举办单位

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健康教育与健康促进专委会  
淄博市妇幼保健院

### 二、会议时间与地点

会议时间：11月20日17:00-20:00报到，11月21日召开学术会议

会议地点：淄博市妇幼保健院学术报告厅（张店区北天津路66号）

报到/住宿：山东齐盛国际宾馆（淄博市张店区北京路69号）  
联系电话：15963310678

### 三、参会人员

（一）山东省妇幼保健协会健康教育与健康促进专业委员会全体委员、增补部分委员

（二）各助产机构从事健康教育、健康管理等工作的专兼职人员

### 四、缴费标准及方式

（一）缴费标准：600元/人；

（二）缴费方式：

1、转账缴费：请于11月15日前完成转账，转账时务必详细注明参会人员：姓名、电话、分会简称（如，健康教育），费用请汇入以下账户：

户 名：山东省妇幼保健协会

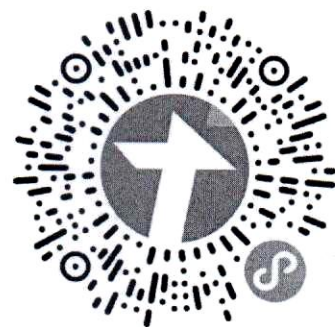
开户行：招商银行济南分行营业部

账 户：5319 0398 4310 602

2、现场缴费：有特殊要求的（比如刷公务卡），可现场报到时缴纳。本次会议均开具电子发票（发票发到个人预留电子邮箱）。

### 六、其他事项

（一）请参会人员于11月15日之前微信扫码认真填写参会回执并缴费；本次会议均开具电子发票（发票发至个人预留电子邮箱）；交通、住宿费自理。参会代表预订酒店房间请务



必自行提前直接联系山东齐盛国际宾馆肖佳，联系电话  
15963310678。

（三）联系方式：

宋丽娜：18853386521

许观照：13708925946

邮 箱：zibofybj@163.com

附：1、会议议程

2、优秀案例遴选



附件：

## 会议日程

|                              |                           |                            |                   |
|------------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------|
| 11月20日17:00-20:00报到 山东齐盛国际宾馆 |                           |                            |                   |
| 11月21日                       |                           |                            |                   |
| 时 间                          | 内 容                       | 讲 者                        | 主持人               |
| 8:30-9:00                    | 开幕式                       |                            | 李 娟               |
| 9:00-9:40                    | 健康科普的规划与实操                | 李 沛 国家新闻出版署出版融<br>合发展重点实验室 | 朱 华               |
| 9:40-10:20                   | 全生命周期健康管理 唱<br>响新时代妇幼科普强音 | 李 娟 淄博市妇幼保健院               |                   |
| 10:20-10:30                  | 休息                        |                            |                   |
| 10:30-11:00                  | 智慧领航健康教育多维体系<br>建设        | 刘 霞 山东省立医院                 | 张茂清<br>姜英娟        |
| 11:00-11:30                  | 赓续健康薪火培育健康新人              | 段雪霞 山东省妇幼保健院               |                   |
| 午餐                           |                           |                            |                   |
| 13:30-14:00                  | 健康教育信息化平台的构建与<br>思考       | 宋丽娜 淄博市妇幼保健院               | 陈 亮<br>季 冬<br>谢少云 |
| 14:00-17:00                  | 评选各地市优秀案例展示               |                            |                   |
| 17:00 离会                     |                           |                            |                   |

## 附件 2

# 山东省妇幼保健协会健康教育与健康促进 专委会2024年健康教育优秀案例遴选

为进一步激发健康教育专业技术人员工作积极性，总结各地市健康教育工作经验和优秀实践，促进健康教育队伍专业素质的提升，山东省妇幼保健协会健康教育与健康促进专委会组织遴选2024年健康教育优秀案例。

### 一、参加对象

参加2024年山东省妇幼保健协会健康教育与健康促进专业委员会第一届三次年会的代表或代表所属单位。

### 二、案例主题

儿童青少年、孕产期妇女等重点人群健康教育和医院健康教育等。

### 三、案例遴选类别

本次优秀案例遴选分为个人报送和单位报送两类。

### 四、报送形式

围绕优秀案例某一主题，将个人或单位开展的工作中的优秀实践和创新举措等如实撰写，有数据支持，有推广价值。提交材料为word文档(2000字以内)、PPT（含相关图片）和报名表（单位盖章版）。

### 五、征集时间及评审

案例征集截至2024年11月10日。遴选出的优秀案例将在2024年健康教育与健康促进专业委员会第一届三次年会进行展示并颁发证书。

## 六、注意事项

（一）报送案例要严格符合征集要求，凡不符合要求的将取消参加资格。

（二）案例内容符合党的路线、方针、政策，符合党的宣传工作要求，符合国家法律、法规。案例内容不得夹杂商业宣传推广内容。

（三）案例所述内容真实，并为2023年1月后开展。如内容不真实或侵犯第三方合法权益，由作者或作者单位承担法律责任。

（四）报送案例均视为获得报送单位或个人同意，后续可用于公益性展示。

（五）参加个人或单位实行告知承诺制，参加人员或单位在报送时须亲自填报相关信息，并对填报信息的真实、准确、完整、有效以及对遵守报送要求等作出承诺，承担不实承诺的后果。

（六）本次优秀案例遴选解释权归主办方，主办方有权根据具体情况对遴选进行调整，如有调整，调整内容在第一时间向所有报送人员或单位公布。

## 七、联系方式

报送邮箱：zibofybj@163.com

联系人：宋老师：18853386521

**山东省妇幼保健协会健康教育与健康促进专委会  
健康教育优秀案例报名表**

|                     |                                                         |      |  |
|---------------------|---------------------------------------------------------|------|--|
| 报送单位                |                                                         | 报送人  |  |
| 报送人职务               |                                                         | 联系电话 |  |
| 案例名称                |                                                         |      |  |
| 所属类别                | <input type="checkbox"/> 单位 <input type="checkbox"/> 个人 |      |  |
| 案例主题                |                                                         |      |  |
| 主创人员<br>(单位类)       |                                                         |      |  |
| 案例时间                |                                                         |      |  |
| 简介<br>(200字<br>以 内) |                                                         |      |  |

|                 |                                                                                      |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>原创性承诺</p>    | <p>本人承诺该案例工作真实性，若涉嫌侵权，后果由本人或团队承担。</p> <p>(本人或团队签字)</p> <p>年 月 日</p>                  |
| <p>专业审核意见</p>   | <p>副高及以上职称人员对案例进行审核并签字</p> <p>专家姓名（签字）：</p> <p>专家职称：</p> <p>专家所在单位：</p> <p>年 月 日</p> |
| <p>所在单位推荐意见</p> | <p>单位（加盖公章）：</p> <p>年 月 日</p>                                                        |