

山东省妇幼保健协会

鲁妇幼便函（2020）5号

关于召开山东省妇幼保健协会儿童眼保健分会第二届成立大会暨第二届第一次学术培训的通知

各会员单位，各相关医疗机构：

山东省妇幼保健协会儿童眼保健分会于2015年8月成立，按照山东省妇幼保健协会《分支机构管理办法》规定，现首届委员任期将满，需进行换届选举成立第二届儿科眼保健分会，并同时举办第二届第一次学术培训。正式注册并参加会议人员将授予**省级二类学分5分**。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，线下人员以报名人数满70人的时间为限，其他委员候选人参加线上）。相关事宜通知如下：

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儿童眼保健分会

二、时间与地点：

会议时间：2020年10月15日14:00-19:00 报到，16

日 8:30 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）（16 日会场报到）

三、参会人员

（一）山东省妇幼保健协会儿童眼保健分会委员候选人务必到会、注册，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、委员候选人条件及推荐程序

1、具备《山东省妇幼保健协会章程》所规定的委员条件，自愿加入本协会。承认并遵守协会《章程》及决议，积极参与协会活动，维护协会利益，热爱和支持协会工作，学风正派，有较丰富的本专业理论知识和实践经验，从事本专业工作，在本地区有一定影响力，具有中级及以上技术职称者。第一届委员积极参会者优先推荐。

2、由协会会员单位或相关医疗机构根据委员候选人条件择优推荐委员候选人（非会员单位委员候选人应先填写“入会登记表”加入本会），推荐时应充分考虑到候选人单位的覆盖性（被推荐人须认真详细填写“委员候选人推荐表”）。经被推荐人单位审核同意后，加盖所在单位人事章，

将扫描件或照片件发送到各分支机构联系人邮箱，纸质版（一式两份）邮寄给秘书**张彬：15169100036**，地址：**济南市历下区姚家街道经十东路12675号，山东省中医药研究院附属医院眼科。**

3、候选人推荐名额：市级妇幼保健院及综合医疗机构推荐1-2人；县（区）级妇幼保健院及医疗机构推荐1人。

五、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，儿童眼），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。

（三）因疫情防控期间，外请专家进行线上授课。

（四）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。

(五) 联系方式：

张彬：15169100036 邮箱：yanke1234@163.com

参会人员请于 2020 年 10 月 14 日前将参会回执发送至会务组邮箱 yanke1234@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



附件 1:

会议日程

日期	时间	内容	主讲人
10 月 16 日 上午	8:30-10:00	儿童眼保健分会换届成立大会	
	10:00-10:20	休息	
	10:20-11:00	小儿上睑下垂手术时机选择	北京儿童医院 于刚
	11:00-11:40	牵牛花视盘异常的诊断和治疗	四川大学华西医院 陆方
	11:50-13:30	午 餐	
10 月 16 日 下午	13:40-14:20	新生儿眼底筛查与视网膜母细胞瘤 早期诊治	广州中山大学儿童医院 项道满
	14:20-15:10	眼性歪头的诊断和治疗	上海市儿童医院 乔彤
	15:10-15:30	休 息	
	15:30-16:10	RB 诊疗中的思考	山东省立医院 孙红
	16:10-17:00	儿童屈光不正的手术治疗	山东省妇幼保健院 张泳
离会			

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 14 日前发送至联系人邮箱 yanke1234@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。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, 纸质版邮寄以下地址: 济南市历下区姚家街道经十东路 12675 号, 山东省中医药研究院附属医院 眼科张彬: 15169100036

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				