

岳阳市红十字会 岳阳市教育体育局

关于举办第二期岳阳市红十字“救在校园·护你成长”暨全市中小幼儿园校园医生培训班的通知

各县市区教育（体）局，南湖新区、屈原管理区教体（科）局，直属各学校：

为进一步提升中小幼儿园健康卫生安全工作者专业素质，提升我市校园健康卫生工作者的业务水平，推动校园卫生健康事业的发展。根据我市实际情况，市红十字会、市教育体育局决定联合举办第二期岳阳市红十字“救在校园·护你成长”暨全市中小幼儿园校园医生培训班。

一、活动组织

主办单位：岳阳市红十字会、岳阳市教育体育局

承办单位：岳阳市红十字应急救援志愿者协会

协办单位：岳阳市中心医院

二、时间和地点

（一）时间安排。

培训时间：2024年12月3日至4日。

报到时间：2024 年 12 月 3 日 8:00-10:00。

离会时间：2024 年 12 月 4 日 17:30。

(二) 培训地点。岳阳市圣岚酒店（岳阳市岳阳楼区青年中路 355 号）

三、培训对象及参训学员名额分配

本期培训对象为中小学（含公办幼儿园）专、兼职校医或保健教师 120 人。（参训学员名额分配表见附件 2）。

四、有关要求

（一）请各县市区教育行政部门和市属各有关学校及时选派人员参加培训，并于 2024 年 11 月 22 日前将《中国红十字校医（保健教师）培训报名表》（见附件 3）及本单位的《校医培训班学员名册》（见附件 4）电子稿报送到邮箱 2281689473@qq.com，原件请各县市区教育行政部门收集汇总培训当天交报到处。

（二）培训期间，学员应严格遵守培训纪律认真学习，不得迟到、早退或缺课，否则不予颁发培训合格证书。

（三）各县市参训人员培训期间食宿费用由承办方承担，往返交通费回原单位报销。岳阳市城区学员统一安排中餐，不安排住宿。

联系人：钟昆龙（岳阳市教育体育局安全科副科长）13373974076

班主任：范春林（红十字应急救护志愿者协会负责人）13637303588

附件：1. 培训课程及日程安排

2. 培训学员名额分配表
3. 中国红十字校医(保健教师)培训报名表
4. 校医培训班学员名册



2024 年 11 月 12 日

附件 1

培训课程及日程安排

日 期	时 间	课 程	讲课老师
12 月 3 日	8:00-10:00	报 到	
	10:00-10:30	开班仪式	
	10:30-11:15	儿童生长发育的基本知识	周 丰
	11:15-11:20	课间休息	
	11:20-12:00	矮小症的影响和干预措施	周 丰
	12:00-13:30	中餐、午休	
	13:30-13:40	活动操	
	13:40-14:25	注意缺陷多动障碍的早期识别	李华峰
	14:30-15:15	学习困难的早期识别和干预	李华峰
	15:25-16:10	糖尿病与甲状腺疾病的识别与急救	许 露
	16:15-17:00	性早熟的影响和干预措施	李华峰
	17:00-17:45	呼吸道传染病的防控	高长艳
	18:00	晚 餐	
12 月 4 日	8:00-08:10	活动操	
	8:10-8:55	儿童肥胖的危害	刘 珊
	9:00-10:00	青少年儿童心理安全与危机干预	万 红
	10:10-11:10	青少年儿童精神健康识别和干预	周添斌
	11:15-10:55	校园食品卫生安全及突发应对	石 锋
	12:00-13:30	中餐、午休	
	13:30-13:40	活动操	
	13:40-14:25	常见外伤的紧急处理	耿秀文
	14:30-15:15	心肺复苏（CPR+AED）气道异物梗阻	范春林
	15:15-15:25	理论考试	
	15:25-16:25	心肺复苏分 12 组练习 考核	廖白玉 周文 黄惠意 邱卫红 刘敖 范春林 刘亚梅 范冬林 徐湘 平 闫佳鹏 刘慧敏
	16:25-16:35	结业仪式	
	17:00	返程	

附件 2

培训学员名额分配表

县市区	教育行政部门卫生专干	校医或保健教师
市属	0	22
平江县	1	9
岳阳县	1	8
华容县	1	8
湘阴县	1	8
汨罗市	1	8
临湘市	1	8
岳阳楼区	1	20
云溪区	1	5
君山区	1	5
屈原管理区	1	3
南湖新区	1	5
合计	11	109

附件 3

培训报名表

时间： 年 月 日

姓名		性别		年龄		
政治面貌		民族		学历		
身份证号						
就职学校 (学校人数)						
专职/兼职		联系方式				
就职地址						
专业特长		从医年限		职称		
何年获得行医 执业资格证书		参加过何种医疗 业务培训				
曾获得何种表 彰和奖励						
本人是否同意 参加培训	签名：	就职学校是否有 校医室				
学校推荐意见	盖章：					

填表须知：

请将本人身份证、职称证书或行医执业证书复印件(须加盖单位公章)附后，保证所提交资料信息的真实性，报到时需出示上述证件原件。

附件 4

“救在校园·护你成长”校医培训班学员名册

填报单位（章）：_____ 各县市区教育（体）局

序号	姓名	性别	学历	县市区	服务学校	学校学生 人数	身份证号	联系电话