

附件 1:

培训班报名有关事项

一、时间及地点

1、报到时间：2017 年 3 月 29 日 9: 00-19: 00（非杭州地区），3 月 30 日 07: 30-08: 00（杭州地区）；

2、报到地点：浙江大学附属儿童医院行政楼三楼（杭州市滨江区滨盛路 3333 号）；

3、培训时间：2017 年 3 月 30 日至 4 月 1 日。

二、组织机构

主办单位：中国妇女发展基金会

承办单位：浙江大学附属儿童医院、浙江工业大学

协办单位：浙江工业大学心理健康促进研究中心

杭州启明星儿童康复中心

三、邀请专家

1、中山大学附属三院邹小兵教授

2、复旦儿科医院徐秀教授

3、浙江大学附属儿童医院竺智伟教授

4、中南大学医学遗传学国家重点实验室夏昆教授

5、南京医科大学脑科医院柯晓燕教授

6、哈尔滨医科大学武丽杰教授

7、北京大学第六医院郭延庆教授

8、浙江工业大学徐云教授

9、妇儿帮扶基金郭海良主任

四、参加人员

- 1、各市（县）儿童医院、妇幼保健院，地市医疗机构儿科医护人员，社区卫生服务中心儿保管理及医护人员；
- 2、各级残联、特教学校及福利院相关工作人员；
- 3、自闭症康复训练机构教师、患儿家长、志愿者等。

五、培训内容

- 1、儿童自闭症概述及诊断
- 2、孤独症早期筛查、诊断和早期干预模式—ESDM介绍
- 3、中国人群孤独症遗传学研究
- 4、儿童孤独症早期干预—ABA模式
- 5、孤独症儿童心理教育评估和结构化教学（TEACCH）
- 6、孤独症综合干预方案的选择与制定
- 7、应用行为分析
- 8、孤独症儿童的心智解读理论和训练

六、培训班费用

- 1、本次培训班属于公益性，免收培训费及材料费；
- 2、培训期间会议组免费提供午餐，其他用餐个人自理；
- 3、学员交通、住宿费用个人自理。

七、报名及联系方式

- 1、报名截止 2017 年 3 月 24 日，报名方式如下：
 - （1）微信报名：关注微信号（GAZBZ42），可直接报名；
 - （2）邮箱报名：填写完报名回执表，发送至邮箱：dbpchzju@163.com 进行报名。
- 2、会议组可为学员代订住宿，费用学员个人自理。
- 3、联系方式：张老师 0571-86670350、15168353521

附件 2:

培训班课程安排

时间: 3 月 30 日至 4 月 1 日

地点: 杭州

| | 时间 | 内容 | 主讲者 |
|----------|-------------|-------------------------------------|------------------------|
| 3 月 30 日 | 8:30-8:40 | 合影 | 学员及相关单位代表 |
| | 8:40-9:00 | 开幕式 | 学员及相关单位代表 |
| | 9:00-12:00 | 儿童孤独症概述及诊断 | 南京医科大学脑科医院 柯晓燕教授 |
| | 14:00-15:00 | 全国自闭症儿童家庭关怀行动项目 及世界卫生组织 PST 计划介绍 | 妇儿帮扶基金 郭海良主任 |
| | 15:00-17:30 | 中国人群孤独症遗传学研究 | 医学遗传学国家重点实 验室 夏昆 教授 |
| 3 月 31 日 | 8:30-12:00 | 孤独症早期筛查和早期干预模式— ESDM 介绍 | 复旦大学儿科医院 徐秀教授 |
| | 14:00-16:00 | 孤独症的病因学诊断 | 浙江大学附属儿童医院 竺智伟教授 |
| | 16:00-17:30 | 孤独症儿童的心智解读理论和训练 | 浙江工业大学 徐云教授 |
| 4 月 1 日 | 8:30-12:00 | 结构化教学 (TEACCH) 的理念及 训练策略 | 哈尔滨医科大学 武丽杰教授 |
| | 14:00-17:30 | 儿童孤独症早期干预—ABA 模式 | 北京大学第六医院 郭延庆教授 |

附件 3:

培训班报名回执表

| | | | | | |
|-----------|--|------|---|----------------------------|----------------------------|
| 姓名 | | 性别 | | 出生年月 | |
| 单位 | | | | 职务: | 职称: |
| 学历 | | 代定住宿 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 单 <input type="checkbox"/> | 双 <input type="checkbox"/> |
| 地址 | | | | 邮编: | |
| 通讯 | 手机: | | 办公: | | |
| 邮箱 | | | | | |
| 请在 打勾打 | <input type="checkbox"/> 医生 <input type="checkbox"/> 机构训练师 <input type="checkbox"/> 特校老师 <input type="checkbox"/> 家长 <input type="checkbox"/> 志愿者 <input type="checkbox"/> 是否参加过自闭症专业培训 | | | | |
| 个人 简介 | | | | | |
| 需求 建议 | | | | | |