



中国营养学会第十二次特殊营养学术会议 (第三轮通知)

中国营养学会和宁夏科协指导、中国营养学会特殊营养分会、宁夏营养学会、宁夏医科大学公共卫生与管理学院主办的“中国营养学会第十二次特殊营养学术会议”将于2021年11月4-6日在宁夏银川市希尔顿欢朋酒店召开。将同时举办“维护老年人大脑认知功能营养专家共识”专题学术研讨及换届会议。参会者将授予国家继续教育项目4学分。

一、主题

特殊营养与健康促进。下设六大主要版块：①特殊环境营养；②特殊人群营养；③特殊功能（认知与免疫）营养维护；④特殊食品与慢病防控；⑤特殊营养青年论坛；⑥特殊营养食品科企合作主题沙龙。

二、部分报告专家（专家排名不分先后）

范明（军事科学院军事医学研究院，研究员，中国脑计划实施方案编制组专家，全军军事认知与心理卫生重点实验室主任）

常翠青（中国营养学会副理事长，北京大学运动医学研究所，教授）

蒋与刚（中国营养学会特殊营养分会主任委员，军事科学院军事医学研究院，研究员）

黄国伟（天津医科大学，教授）

黄承钰（四川大学，教授）

肖 荣（首都医科大学，教授）

何 方（四川大学，教授）

孙桂菊（东南大学，教授）

王舒然（温州医科大学，教授）

杨雪锋（华中科技大学，教授）

杨建军（宁夏医科大学，常务副院长，教授）

韩海军（四川大学，体育学院副院长，教授）

唐咏梅（华北理工大学，教授）

安 丽（中国医科大学，教授）

吕晓华（四川大学，教授）

钱 旭（南京医科大学，系主任，江苏省特聘教授，青年千人）

祝建洪（温州医科大学，研究员，浙江省高校中青年学科带头人）

刘 静（清华大学，研究主管）

臧 鹏（中国航天员科研训练中心，室主任，副研究员）

李进军（浙江省农业科学院食品研究所，副研究员）

夏 阳（中国医科大学附属盛京医院，副研究员）

邱 霞（海藻活性物质国家重点实验室，副主任医师）

三、征文

（一）内容

与特殊营养相关的基础研究、应用基础研究与临床应用研究，主要包括：特殊营养学研究进展；特殊环境（高原、

寒区、热区、雾霾等) 人群营养; 特殊人群 (军人、运动员、航空航天人员、航海潜水人员、脑力劳动者、低照度作业人员、接触辐射作业人员、接触有毒有害物质作业辐射、矿工、少数民族人群等) 营养; 特殊功能 (认知与免疫) 营养维护与支持; 特殊营养健康产业发展; 营养相关疾病营养干预; 特殊食品、特医食品与健康等。

(二) 要求

1. 论文的中文摘要格式: 标题、作者 (姓名、工作单位、邮箱、邮编及联系电话); 结构式摘要 (目的、方法、结果、结论)、关键词 (3~5 个), 不含图表。800 字以内。综述的摘要格式不作要求, 总字数不超过 3000 字。

2. 请采用 word 文本, 宋体、小四号字、1.5 倍行距。页边距: 上下各 2.5cm, 左右各 3.0cm。

(三) 投稿

1. 投稿邮箱: nxyyxh@163.com (请注明会议投稿)。
2. 截稿日期: 2021.10.20。
3. 将从征文中择优推荐会议报告, 评选优秀论文 10-15 篇。

四、注册与回执

1. 注册费: 2021 年 10 月 24 日前汇款者, 营养学会会员 1000 元, 非营养学会会员 1200 元, 企业代表 2000 元, 研究生 600 元, 团体 (5 人及以上) 报名 800 元。2021 年 10 月 24 日后汇款者, 各类人员均增加 200 元。

2. 汇款信息:

户名：中国营养学会。

帐号：0109 0511 1001 2010 9050 884。

开户行：北京银行宣武门支行。

汇款时请务必注明“中国营养学会特殊营养第十二次学术会议”。

3. 回执及学分申请：2021年10月20日前，将会议回执及学分申请信息表（附件）发送至 nxyyxh@163.com。

五、联系方式

会务联系人：曹萍 15009683108，王锋 16622977208

附件 1：会议回执

附件 2：学分申请信息表

中国营养学会特殊营养分会

2021年10月2日

附件 1

参会人员回执（复印有效）

中国营养学会第十二次特殊营养学术会议					
姓名		性别		职务/职称	
邮箱				手机	
联系地址				邮编	
付费方式	<input type="checkbox"/> 汇款 <input type="checkbox"/> 现场缴费				
发票抬头					
酒店房型	<input type="checkbox"/> 单人间（380 元，含双早） <input type="checkbox"/> 标准间（380 元，含双早）				
往返行程信息					
继续教育学分	<input type="checkbox"/> 不需要 <input type="checkbox"/> 需要（请详细填写下表）				

附件 2

继续教育学分申请人信息表

姓名、职称	
工作单位（注：请填写单位标准全称）	
是否来自基层（县及以下、社区等医疗卫生机构）	
单位所在地	
联系电话	