

# 北京康裕公益基金会

关于资助参加“2026年中华医学会第二十九次神经病学  
学术会议学术专场公益培训项目”

暨开展缺血性脑卒中、眩晕管理专场

交流会资助申请通知

各爱心企业：

北京康裕公益基金会是由北京市民政局批准登记设立的非公募公益基金会，成立于2022年，前身为北京乡裕公益基金会。基金会始终秉持“扶危济困、守护健康”的使命，在践行医疗救助的同时，亦广泛开展了助学助困和医疗健康学术交流等多元化的慈善活动。我们聚焦患者群体，致力于通过专业的运作机制与有温度的公益实践，汇聚社会各界爱心力量，为身处困境的患者撑起生命的希望之伞。未来，基金会将继续致力于消除“因病致贫、因病返贫”的社会痛点，计划开展以帮助患者为目标的学术交流和患者教育等公益活动，为建设健康中国贡献坚实的公益力量，践行“康民裕世，大爱无疆”的崇高承诺。

## 一、项目概况：

在“健康中国”战略纵深推进与医疗卫生事业高质量发展的时代背景下，为促进神经病学领域的学术交流与发展，聚焦神经系统疾病的预防、发病机制、诊断、治疗及基础研究等领域的最新进展，由中华医学会、中华医学会神经病学分会主办，陕西省医学会承办，空军军医大学西京医院协办的《中华医学会第二十九次神经病学学术会议》将于2026年9月10-13日在西安市召开。会议将围绕脑血管病、头晕/眩晕及其他相关神经系统疾病等核心议题，邀请国内相关专家学者就相关领域

临床与基础医学的新进展进行广泛而深入的交流，为医疗专业人员提供展示科研成果和临床经验的平台。

## 二、 资助目的

为贯彻落实中央人才工作会议精神和《“健康中国2030”规划纲要》，进一步加强医院人才队伍建设，为健康中国建设提供强有力的人才支撑，不断提升医疗水平和健康质量。

基于此，北京康裕公益基金会拟资助50位神经内科领域内优秀的医生，参加将于2026年9月10-13日在西安召开的“中华医学会第二十九次神经病学学术会议学术专场会议”及我会在大会期间组织开展“2026年中华医学会第二十九次神经病学学术会议学术专场公益培训项目”。基金会将采用公开报名的方式，参照标准，对申请者进行综合评定，并加强资助款项的使用和参加本次会议的管理和监督。

## 三、 资助者

北京康裕公益基金会

2026年9月10日至9月13日

## 四、 申请人条件：

1. 二级及以上医院神经内科医生；
2. 身心健康；
3. 愿意遵循北京康裕公益基金会受益人评定标准与管理要求，参加会议。

拟资助总人数：拟资助人数为50人

## 六、 会议基本信息

2026年9月10日至9月13日

会议地点：陕西省西安市灞桥区会展一路999号（西安国际会展中心）

## 七、 申请起止时间



2026年8月1日-9月10日

八、 联系方式:

北京康裕公益基金会

联系人:徐老师 13552825386 [xuxifeng@innolinkbj.com](mailto:xuxifeng@innolinkbj.com)

附件: 参会回执



附件：参会回执

“2026年中华医学会第二十九次神经病学学术会议学术专场公益培训项目”暨开展缺血性脑卒中、眩晕管理专场交流会

参会回执

|                                                                                                                                                                                                  |                               |      |      |     |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------|------|-----|--|
| 姓 名                                                                                                                                                                                              |                               | 性 别  |      | 民 族 |  |
| 科 室                                                                                                                                                                                              |                               | 身份证号 |      |     |  |
| 所在单位                                                                                                                                                                                             |                               |      | 职 称  |     |  |
| 联系电话                                                                                                                                                                                             |                               |      | 电子邮箱 |     |  |
| <p>本人郑重承诺：</p> <p>1、提供真实有效的个人信息；</p> <p>2、遵守我国及当地法律法规及主办方相关管理规定；</p> <p>3、按照主办方指定行程参会，不要求额外行程；</p> <p>4、自行完成参会期间的报批事宜（向本人所在单位申请及办理）；</p> <p>5、如有违反上述相关管理规定，由此产生的一切责任和费用均由本人承担。</p> <p>申请人签字：</p> |                               |      |      |     |  |
| 所在单位<br>审批意见                                                                                                                                                                                     | <p>单位或科室（盖章）</p> <p>年 月 日</p> |      |      |     |  |

