

参加者へのご案内

会 期

2020年1月10日（金）～11日（土）

会 場

アクトシティ浜松 コンgressセンター
〒430-7790 静岡県浜松市中区板屋町111-1
TEL：053-451-1111
<http://www.actcity.jp/>

参加受付

1. 受付日時・場所

日 時：1月10日（金）7：00～18：00
1月11日（土）8：00～17：00
場 所：1階 ロビー

2. 参加費

学会参加費、合同教育セミナー受講料は別々にお支払いください。
(受付を別々に設けております。)

参加費

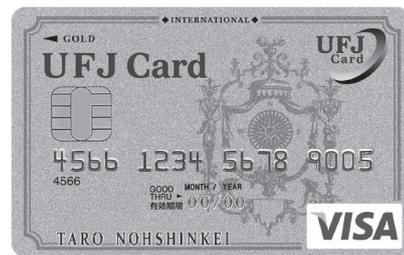
■ 定位・機能神経外科学会のみ	10,000円
■ 定位・機能神経外科学会+てんかん外科学会	15,000円
■ 医師以外の医療従事者	5,000円
■ 医学生・初期研修医・留学生 ^{※1,2}	無料
※1 初期研修医・留学生は、指導医のサインが入った証明書が必要です。	
※2 医学生は学生証の掲示が必要です。	
■ 合同教育セミナー	10,000円

3. お支払方法

「一般社団法人日本脳神経外科学会会員証」を用いて、参加費のお支払い・専門医クレジットのご登録が出来ます。(一般社団法人日本脳神経外科学会会員のみ)



(A) 一般社団法人日本脳神経外科学会会員証



(B) 会員 UFJ クレジットカード (持参は不要)

◆ (A) (B) 両方を取得済みの方

受付には (A) のみご持参ください。

参加費をクレジット決済し、専門医クレジット登録も同時に行います。

◆ (A) のみ取得済みの方

受付には (A) をご持参ください。専門医クレジット登録を行います。

参加費は現金でお支払いください。

◆ (A) を取得されていない会員の方

参加者カードをご記入の上、受付にお持ちください。
 専門医クレジット登録は参加者カードをもとに事務局が行います。
 参加費は現金支払いとなります。

◆ 一般社団法人日本脳神経外科学会会員 以外の方

参加者カードをご記入の上、受付にお持ちください。
 参加費は現金でお支払いください。

4. 合同教育セミナー受付

事前登録されている方は、運営事務局がメールにて送付致しました受講票をプリントアウトして受付へお持ちください。当日登録も可能です。
 受講料は受付にて現金でお支払いください。※クレジット決済は出来ません。
 テキストを受付にてお渡し致します。

5. プログラム・抄録集

会員には事前に送付しておりますので必ずご持参ください。ご希望の方には、当日3,000円にて販売いたしますが、部数に限りがありますので不足の場合はご了承ください。

6. 日本定位・機能神経外科学会へのご入会

ご希望の方は、事前に事務局または当日新入会受付で所定の手続きをお取りください。

『一般社団法人日本定位・機能神経外科学会事務局』
 日本大学医学部脳神経外科学系神経外科学分野
 〒173-8610 東京都板橋区大谷口上町30-1
 TEL：03-3972-8111（内線：2481） FAX：03-3554-0425
 E-mail：med.teii@nihon-u.ac.jp

日本脳神経外科学会クレジット

この学会の一般社団法人日本脳神経外科学会生涯教育クレジット点数は10点です。

脳神経外科診療領域講習の単位

現脳神経外科専門医の先生は2018年以降、脳神経外科診療領域講習の単位取得が必要（5年間20単位）となります。

本学会では最大4単位の取得が可能です。以下のセッションが対象となります。

1月10日（金）	12：10～13：10	ランチョンセミナー1 『Directional Leadの本質とそれを最大限発揮するためのSystemとその応用』 ランチョンセミナー2 『ITB療法のトラブルシューティング』
	17：50～18：50	シンポジウム3 『精神科疾患に対するニューロモデュレーション』
1月11日（土）	12：00～13：00	ランチョンセミナー3 『Update on DBS in 2020』 ランチョンセミナー4 『運動障害の新たな治療と展望 New Treatments on Movement Disorders』 ランチョンセミナー5 『DBS手術・治療においてLFPで何が出来るか？』
	13：20～14：20	President Lecture 『AASSFN President Lecture』 『WSSFN President Lecture』

● 専門医の先生方へ

2018年より、専門医資格更新のための講習会が開催されています。

専門医の先生方には、参加受付とは別に「領域講習単位受付」にもお立ち寄りいただき、必ず各日の入場時と退場時に会員カードをかざして単位受付を行ってください。

当日、会員カードお忘れの方は、別途窓口までお申し出いただき、そちらで必ず受付を行っていただきますよう、お願い申し上げます。

理事会

日 時：1月11日（土）6：30～7：20

会 場：オークラアクトシティホテル浜松 3階 チェルシーⅡ

*朝食をご用意しておりますので、理事の先生方はお集まりください。

社員総会

日 時：1月11日（土）7：30～8：20

会 場：オークラアクトシティホテル浜松 3階 チェルシーⅡ

*朝食をご用意しておりますので、社員の先生方はお集まりください。

議事総会

日 時：1月11日（土）13：00～13：15

会 場：第1会場（4階 41会議室）

*会員の先生方はお集まりください。

合同懇親会

日 時：1月10日（金）19：15～

会 場：ホテルクラウンパレス浜松 4階 「芙蓉の間」

*第43回日本てんかん外科学会と合同の懇親会を行います。皆様奮ってご参加ください。

参加費は無料です。ご参加の際は、ネームカードをご着用ください。

機器展示・書籍展示

日 時：1月10日（金）8：30～18：00

1月11日（土）8：30～15：30

会 場：4階 ロビー

クローク

日 時：1月10日（金）7：00～19：00

1月11日（土）8：00～18：00

会 場：1階 ロビー

参加者へのご連絡

会期中はスライドでのお呼び出しはいたしません。参加受付付近に会員連絡板を設置いたします。連絡事項等ございましたら掲示可能でございます。

学会事務局

浜松医科大学 脳神経外科

〒431-3192 静岡県浜松市東区半田山1-20-1 事務局長 野崎 孝雄

TEL：053-435-2283 FAX：053-435-2282

Email：stereo2020-office@umin.ac.jp

運営事務局

株式会社ドゥ・コンベンション

〒101-0063 東京都千代田区神田淡路町2-23,5F

TEL：03-5289-7717 FAX：03-5289-8117

Email：stereo2020-office@umin.ac.jp

機関誌への掲載

学会当日、座長に推薦された優秀な演題（各セッション1題）を、機関誌「機能的脳神経外科」Vol.59 2020に掲載する予定です。

投稿要綱

機関誌「機能的脳神経外科」の投稿要綱は下記の通りです。ご参照ください。

- I. パソコンを使用し、600字 [25字×24行] で印字してください。
- II. CDなどのメディアで投稿してください。
図表を作成したPowerPoint、Excelなどのデータも付けてください。
また、必ずプリントアウトした原稿を1部添付してください。
- III. 入力時の注意
固有名詞以外は小文字にしてください。
- IV. 原稿は、以下に記す体裁・順序・長さを厳守してください。
 - (1) 日本語タイトル／日本語著者氏名／日本語所属施設名
 - (2) 日本語抄録（600字以内）／日本語索引用語（5個以内）
 - (3) 連絡先となる氏名・所属施設名・郵便番号・住所・電話番号・FAX番号
 - (4) 本文*
用紙 [25字×24行] 10枚以内
 - (5) 文献（20編以内）
アルファベット順に配列し、以下の形式で記載してください。
筆頭著者名のみとし、それ以上の場合は“ , 他” “ , et al”と略します。
外国雑誌の略名は、原則としてIndex Medicus に従うこととします。
本文に用いられたもののみを引用し、引用番号を本文中に記してください。
 - (a) 雑誌
筆頭著者名： 標題. 誌名巻： 頁-頁, 西暦発刊年.
例) 1) Garcia-Rill E *et al*: Posterior midbrain-induced locomotion.
Brain Res Bull 24: 499-508, 1990.
 - (b) 書籍
筆頭著者名： 標題. 書名, 版次, 編者, 出版社; 発刊地, 西暦発刊年, 頁-頁.
例) 2) Andrezik JA *et al*: Reticular formation, central gray and related tegmental nuclei. In *The Rat Nervous System, Vol.2*, Paxinos G (ed), Academic Press; Sydney, 1995, pp1-28.
 - (6) 英文タイトル／英文著者氏名／英文所属施設名
 - (7) 英文Abstract（400words以内）
 - (8) 英文Key words（5個以内）
 - (9) 図・表の説明文
すべて英文表記とし、図・表とは別に記してください。
 - (10) 図（写真）・表（合わせて6枚以内）
カラー印刷を希望される場合は、実費負担となります。
 - (11) 本誌に投稿する著者全員は、論文内容に関する企業・組織や団体とのCOI状態を論文投稿時に明らかにしてください。投稿責任者は、論文本文末（文献の前）に本論文に関するCOI状態を明記してください。著者が日本脳神経外科学会員の 경우에는日本脳神経外科学会への過去3年間1月～12月におけるCOI自己申告オンライン登録がすでに完了している必要があります。
- V. 著者校正は1回のみ行います。

【原稿送付先】 一般社団法人日本定位・機能神経外科学会事務局
日本大学医学部脳神経外科学系神経外科学分野
〒173-8610 東京都板橋区大谷口上町30-1
TEL: 03-3972-8111 / FAX: 03-3554-0425
E-mail: med.teii@nihon-u.ac.jp