2020年12月吉日

**第1回 定位的頭蓋内脳波（SEEG）技術講習会のご案内**

一般社団法人　日本てんかん学会

　一般社団法人　日本てんかん学会では、てんかん医療の質の向上と、定位的頭蓋内脳波(SEEG)の普及と手技の向上を目的として第1回SEEG講習会を開催いたします。現地参加およびweb参加のハイブリッド方式で開催となります。現在SEEGは世界的にも基本的な診断手技として普及しており、保険手技点数も算定されたことから日本国内での普及は必須と考えられます。そのためには全国のてんかん診療医、てんかん外科医の技術向上が喫緊の課題といえます。また受講終了後は、受講証明書を発行いたします。

なお講習会受講資格には日本てんかん学会員であることが必要です。学会入会をすまされていない方は速やかにご入会をお願いいたします。

会期：2021年1月23日(土)　17：20～20：30

現地会場：新潟朱鷺メッセ　3階　中会議室301

<http://www.tokimesse.com/visitor/access/>

受講料：現地参加者5,000円、web参加者 6000円（受講証明証郵送料込み）

受講申込：2021年1月5日（火）厳守

受講内容：

第1部：17:20～18:50

「内科系―SEEGの作業仮説とその適応」講師：松本理器先生（神戸大学　脳神経内科教授）

第2部：19:00～20:30

「外科系― Methods of SEEG Electrode Placement: Surgical Techniques, Clinical Case Video, and Patient Care Tips during Monitoring」講師：Prof. Fedor Panov (Mount Sinai Hospital)

**受講いただける方**

(第1部の受講が必要)（第2部 受講も可）

定位的頭蓋内脳波(SEEG)の適応診断、管理を希望する医師

日本てんかん学会員

(第1部・第2部 両方の受講が必要)

本療法の刺激装置植込術実施を希望する医師

日本てんかん学会員であり、かつ日本脳神経外科学会専門医の両資格を有するてんかん外科治療を専門的に行っている医師。

主催：一般社団法人日本てんかん学会、

共催：社)日本脳神経外科学会、日本てんかん外科学会、社)日本小児神経学会

後援：社)日本神経学会

**申し込み方法**

受講料をお振込みの上、申込用紙をメール添付でお送りください。

**申し込みは2021年1月5日（火）厳守　まで**となります。ただし、現地参加は定員100名になり次第募集を終了いたしますのでご了承ください。

１、受講料振込先

銀行振り込み

銀行名：ゆうちょ銀行　　　　支店名：〇一九（ぜろいちきゅう）支店

口座番号：**当**座0080455　　　口座名義：ニホンテンカンガッカイジムキョク

ゆうちょ送金

口座記号：00170-0 口座番号：80455

加入者名：日本てんかん学会事務局

※振り込まれた受講料は理由のいかんにかかわらず返金できませんので受講資格等、予めご確認ください

２、申込用紙送付先　Wordファイルのままメール添付でお送りください

E-mail：[jes-oas@umin.ac.jp](mailto:jes-oas@umin.ac.jp)

※お申込みとお振り込みの両方が確認された方に、1月6日以後、受講の web address, PW、（現地参加の先生には受講票も）を発行いたします。受講証発行メールは「第1回定位的頭蓋内脳波 (SEEG)受講証発行」の件名で送信されます。

３、お問い合わせ先

第1回定位的頭蓋内脳波(SEEG)技術講習会事務局

E-mail：[jes-oas@umin.ac.jp](mailto:jes-oas@umin.ac.jp)

件名に「定位的頭蓋内脳波(SEEG)について」とご記載ください。お電話での問合せはお受けできません。

※現地参加からWEB参加に変更することは可能ですが、受講証明書ご希望の場合には別途郵送費 1000円のお振り込みが必要になります。

※WEB参加から、当日現地参加に変更することはできません。

※COVID19の影響で外科系ハンズオン講師が来日できず、ビデオでの講習になります。

別紙1

**第1回定位的頭蓋内脳波（SEEG）技術講習会　申込用紙**

（※メールでお申込みを頂いた後、入金を確認後メールにてご返信いたします）

記入日 年 月 日

下記の欄を全てご記入ください。入力内容に誤りがありますとご連絡できない場合がございます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ご専門（どちらかに○） | **内科 ・ 外科** | |
| 日本てんかん学会 会員番号 |  | |
| お名前 |  | |
| お名前　フリガナ |  | |
| 医療機関名 |  | |
| 診療科 |  | |
| 役職 |  | |
| 勤務先住所 |  | |
| 勤務先電話番号 |  | |
| FAX番号 |  | |
| メールアドレス（半角英数） |  | |
| いずれかの学会専門医資格をお持ちの方は、チェックをご記入ください | | |
| 日本てんかん学会  日本小児神経学会  日本神経学会  日本精神神経学会 日本脳神経外科学会 | | |
| 振り込み日（必須） | |  |
| 振込者名 | |  |
| 参加形式 | | □現地参加　　　　　□web参加 |

WEB参加希望者は、講習会受講証明書の送付先　住所氏名を記載お願いします。

住所　　　郵便番号

氏名