



会 期

2017年1月27日（金）～28日（土）

会 場

コングレコンベンションセンター（大阪府大阪市）
〒530-0011 大阪市北区大深町 3-1 グランフロント大阪 北館 B2 階
Tel: 090-5257-6566（1月26日（木）～28日（土）のみ開通）

参加受付

1. 受付日時・場所

日 時：1月27日（金） 7:15～18:00

1月28日（土） 7:30～16:00

場 所：コングレコンベンションセンター ホワイエ

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
■ 合同教育セミナー	10,000 円

3. お支払い方法

「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カードで決済し、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
参会者カードをご記入のうえ、受付にお持ちください。
専門医クレジット登録は参会者カードをもとに事務局が行います。
参加費は現金でお支払いください。
- ◇ 一般社団法人日本脳神経外科学会会員 以外の方
参会者カードをご記入のうえ、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

事前登録をされている方は、運営事務局がメールにて送付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。

受講料は受付にてお支払いください。((A)での決済が可能です。)

テキストを受付にてお渡しいたします。

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。

『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教室

〒173-8610 東京都板橋区大谷口上町 30-1

Tel: 03-3972-8111 (内 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。

理事会

日 時：1 月 28 日 (土) 7:00~8:00

会 場：コングレコンベンションセンター ルーム 9

*軽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。

議事総会

日 時：1 月 28 日 (土) 13:20~13:40

会 場：第 1 会場 (コングレコンベンションセンター ルーム 1+2)

*会員の先生方はお集まりください。

全員懇親会

日 時：1 月 27 日 (金) 20:00~21:30

会 場：ウィスキーダイニング WWW. W (フォーダブリュー)

グランフロント大阪 ナレッジキャピタル 2F

*第 40 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 27 日 (金) 8:00~18:30

1 月 28 日 (土) 8:00~17:00

会 場：コングレコンベンションセンター ルーム 6 およびホワイエ

クローク

日 時：1 月 27 日 (金) 7:15~19:45

1 月 28 日 (土) 7:30~17:30

会 場：コングレコンベンションセンター ルーム 5

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。会員連絡板をご利用ください。

学会事務局

大阪大学大学院医学系研究科 脳神経機能再生学
〒565-0871 大阪府吹田市山田丘 2-2
最先端医療イノベーションセンター 9F

運営事務局

株式会社コングレ内
〒541-0047 大阪市中央区淡路町 3-6-13
Tel: 06-6229-2555 Fax: 06-6229-2556
E-mail: stereo2017@congre.co.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. 56 2017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。

1. パソコンを使用し、600字 [25字×24行] で印字してください。
2. 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。
3. 入力時の注意
固有名詞以外は小文字にしてください。
4. 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
 - 2) ・日本語抄録（600字以内）
・日本語索引用語（5個以内）
 - 3) 日本語の所属施設名、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。

【雑誌】筆頭著者名：標題、誌名

巻：頁一頁、西暦発刊年

例) 1) Garcia-Rill E, et al: Posterior midbrain-induced locomotion. Brain Res Bull 24: 499-508, 1990.

【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、頁一頁

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。
5. 著者校正は1回のみ行います。

お問い合わせ先 『日本定位・機能神経外科学会』

日本大学医学部脳神経外科学教室

〒173-8610 東京都板橋区大谷口上町 30-1

Tel: 03-3972-8111 (内 2481) Fax: 03-3554-0425

E-mail : med.teii@nihon-u.ac.jp