

テーマ

# 悪性脳腫瘍の治療を考える

Treatment of Malignant Brain Tumors

《対象》 脳腫瘍治療に当たる医療関係者及び脳神経外科専門医取得前後の医師

日時

5月11日 (月) 11:00~17:00

受付開始

10:00

会場

パシフィコ横浜 会議センター303+304

## プログラム

### Introduction

※同時通訳あり

11:00 **GERM CELL TUMOR**

Takamitsu Fujimaki Saitama Medical University

11:20 **PEDIATRIC BRAIN TUMOR**

(MEDULLOBLASTOMA, EPENDYMOMA, CHOROID PLEXUS PAPILLOMA)

Mark Kieran Harvard Medical School Dana-Farber Cancer Institute and Children's Hospital Boston

11:50 **PREVENTION AND/ OR MANAGEMENT OF ADVERSE EVENTS, SUPPORTIVE CARE**

Irene Slavic Medical University of Vienna

### Lunch

13:05 **LECTURE ON NEUROPATHOLOGY**

Andreas von Deimling Abteilung Neuropathologie Institute

13:35 **MOLECULAR PATHOGENESIS**

Koichi Ichimura University of Cambridge

14:00 **NEUROIMAGING (PET, MRI)**

Sarah Nelson University of California

14:25 **GLIOBLASTOMA**

Mark R. Gilbert University of Texas, MD Anderson Cancer Center

14:50 **LOW GRADE DIFFUSE ASTROCYTOMA**

Susan Chang University of California

### Break

15:25 **OLIGODENDROGLIOMA**

Keisuke Ueki Dokkyo University Hospital

15:45 **METASTATIC BRAIN TUMOR**

Gabriele Schackert University of Technology, Dresden

16:10 **NEW AGENTS, MOLECULAR TARGETING THERAPY**

Clifford Schold University of Pittsburgh Cancer Institute

16:30 **PRIMARY CENTRAL NERVOUS SYSTEM LYMPHOMA**

Antonio Omuro Memorial Sloan-Kettering Cancer Center

### ■ 申込方法及び参加費について

登録用紙に必要事項で記入の上、Faxまたはemailにて連絡事務局までお送り下さい。  
後日参加確認証をお送り致します。

- 翌5/12からの学会にも参加の場合 ⇒ ホームページ (<http://wfno2009.umin.ne.jp/>) よりオンラインにて参加登録を行って下さい。
- 教育セミナーのみ参加の場合 ⇒ 参加確認証をご持参の上 当日受付にて¥15,000を現金にてお支払下さい。

### ■ お問い合わせ先

第3回国際脳腫瘍学会連絡事務局

Tel: 03-3589-4422 Fax: 03-3589-3974 email: wfno2009@convex.co.jp

教育セミナー連絡事務局 行  
FAX : 03-3589-3974  
e-mail: wfno2009@convex.co.jp

(事務局使用欄)

|          |  |
|----------|--|
| 受領 No.   |  |
| Reg. No. |  |
| 日付       |  |

## 教育セミナー申込書

|  |  |
|--|--|
| 所属   |  |
| Institute  |  |
| フリガナ   |  |
| 氏名   |  |
| Name   |  |
| 連絡先住所<br><input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅      | 〒  |
| 連絡先電話番号<br><input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅    |  |
| 連絡先 FAX 番号<br><input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 |  |
| e-mail address   |  |
| 第 3 回国際脳腫瘍学会参加   | <input type="checkbox"/> 有* 登録番号 (WFNO )<br><input type="checkbox"/> 無 |

\* 「有」の方は下記ホームページ

<http://wfno2009.umin.ne.jp/registration/index.html>

より登録を行なって下さい。本申込は登録確認後、受付完了となります。