

平成29年度

AMED再生医療 公開シンポジウム

平成30年2月6日(火)

13:00~18:00(12:00開場予定)

会場 TKPガーデンシティ品川 ボールルーム
東京都港区高輪3-13-3 SHINAGAWA GOOS 1F

定員 1,000名(お申し込み先着順)

参加費 無料

対象 一般の方



当日会場にお越しいただけない方のために、インターネット上でライブ中継を行う予定です。詳細はホームページをご確認ください。

事業説明

齋藤 英彦 再生医療実現プロジェクトプログラムディレクター/再生医療実現拠点ネットワークプログラム プログラムスーパーバイザー/国立病院機構 名古屋医療センター 名誉院長

特別講演

iPS細胞 革新的医療を目指して

山中 伸弥 京都大学 iPS細胞研究所 所長/教授

講演

再生医療って何だろう

再生医療における倫理

ひざ痛に対する再生医療 ~滑膜幹細胞を用いた治験の開始~

脊髄損傷の患者さんを治したい! - 脊髄再生医療はどこまで来たのか -

iPS創薬 FOPの医師主導治験について

再生医療、知りたいことは何ですか? ~再生医療相談窓口について~

生物の持つタイムマシン機構!? 再生方法を両生類に聞いてみました

オーガン・オン・チップ ~新しい薬の見つけ方~

iPS細胞を用いた腎疾患に対する再生医療の開発に向けて

松山 晃文 医薬基盤・健康・栄養研究所 難治性疾患研究開発センター センター長

武藤 香織 東京大学 医科学研究所 教授

関矢 一郎 東京医科歯科大学 再生医療センター センター長/教授

中村 雅也 慶應義塾大学 医学部整形外科学教室 教授

戸口田 淳也 京都大学 ウイルス・再生医学研究所 教授 / iPS細胞研究所 副所長

八代 嘉美 [再生医療等臨床研究を支援する再生医療ナショナルコンソーシアムの実現] 社学連携・患者参画 担当 日本再生医療学会 幹事

佐藤 伸 岡山大学 異分野融合先端研究コア 准教授

金森 敏幸 産業技術総合研究所 生命工学領域創薬基盤研究部門 医薬品アッセイデバイス研究グループ グループ長

長船 健二 京都大学 iPS細胞研究所 教授

ポスター展示・解説

※所属は平成29年11月20日現在。プログラムは変更になる可能性があります。

申込方法

申し込み開始 平成29年12月15日(金)10:00 事前登録制。下記ウェブサイトをご覧ください。

<https://www.amed.go.jp/news/event/RMsympo2017.html>

(お問い合わせ先)

平成29年度再生医療公開シンポジウム事務局(株式会社オーエムシー内) 担当:鈴木、朱雀(すじゃく)、毛利

TEL: 03-5362-0117 FAX: 03-5362-0121 (受付時間9:30~17:00) E-mail: RM-sympo-2017@omc.co.jp



国立研究開発法人日本医療研究開発機構
Japan Agency for Medical Research and Development



平成29年度 AMED再生医療 公開シンポジウム

お申し込み・お問い合わせ先

WEB <https://www.amed.go.jp/news/event/RMsympo2017.html>

あるいは、下記参加申込書にご記入いただき、FAXまたはE-mailにて下記までお申し込みください。



FAX 03-5362-0121

E-mail RM-sympo-2017@omc.co.jp

申し込み開始 平成29年12月15日(金)10:00 申し込み締切 平成30年1月10日(水)17:00

- お申し込みいただいた方には、1月中旬より参加証のハガキを送付いたしますので、当日必ずご持参ください。
- お申し込み締切日前でも定員になり次第、受付終了とさせていただきます。最新の情報はウェブサイトでお確かめください。
- 申込受付終了後にお申し込みされた場合は、参加不可の旨をご連絡差し上げますのでご了承ください。また、一度に多人数をお申し込みいただいた場合には、人数の調整をお願いすることがございます。

会場

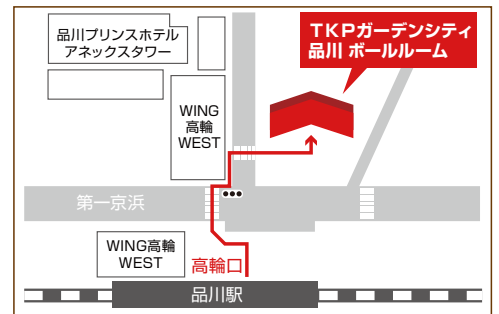
TKPガーデンシティ品川 ボールルーム

東京都港区高輪3-13-3 SHINAGAWA GOOS 1F

アクセス ▶

JR品川駅 高輪口 徒歩1分

京急本線品川駅 高輪口 徒歩1分



参加申込書 <FAX 03-5362-0121>

ふりがな <small>※必須</small>	氏名(代表者)		T E L	
			F A X	
住所 (参加証送付先) <small>※必須</small>	〒			
E-mail				
属性(申込代表者) <small>※必須</small>	<input type="checkbox"/> 指定難病患者・家族 <input type="checkbox"/> 関係者(事業参画研究者・省庁) <input type="checkbox"/> その他研究者・院生 <input type="checkbox"/> 大学生・高校生 <input type="checkbox"/> 一般			
所属機関名(団体名)	参加人数 <small>※必須</small>	人 ※10人まで		
車椅子、ストレッチャー および介助者の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 車椅子の台数と介助者の人数を下記に記入してください。 車椅子 _____ 台 ストレッチャー _____ 台 介助者 _____ 人			
ご入場時の スタッフのサポート	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 → サポート内容を記入してください。 <small>※ご希望には添えない場合もあります。また場合によっては電話・メールでご相談させていただきます。</small> _____ _____ _____			
連絡・備考				

※ ご提出いただいた個人情報につきましては、本シンポジウムの受付、運営業務に限り使用いたします。なお、ご本人様の同意がある場合または法令に基づく正当な理由がある場合を除き、上記目的以外での利用及び第三者への開示・提示はいたしません。

※ 当日は、報道機関の取材でカメラ撮影が行われる場合があり、参加者の姿を含む写真や映像などが報道される可能性があります。

※ 主催者等のホームページや広報資料等に、参加者の姿などを含むシンポジウムの動画・写真等を使用させていただく場合があります。あらかじめご了承ください。