

# もっと知り 「がん」と共に生きる

西日本がん研究機構(West Japan Oncology Group: WJOG)はがん患者を対象とした臨床試験を通してよりよいがん診療の実現を目指し社会貢献活動を行う医師・研究者が主体となったNPO法人です。この度、長崎で2回目の市民公開講座を開催することとなりました。3人に1人ががんで亡くなり、2人に1人ががんに罹患する時代です。ぜひこの機会にがんのことをもっと知り生き方を考えてみませんか。皆様のご参加をお待ちしています。

**日時** 2017年8月26日(土) 13:30～16:00  
(開場および受付開始 13:00)

**場所** 長崎ブリックホール 国際会議場

**定員** 250名



本田 琢也

長崎大学病院 がん診療センター 助教  
日本消化器病学会 消化器病専門医  
日本臨床腫瘍学会 がん薬物療法専門医  
(略歴)  
2002年 長崎大学医学部卒業  
長崎大学医学部付属病院 第一内科へ入局後、2006年に国立がんセンター中央病院 消化管内科で短期研修を受け、以後は長崎県内で消化器癌化学療法を中心とした診療に従事。  
2010年 長崎大学病院消化器内科勤務。  
2012年 10月より現職。  
(抱負)  
癌で困っておられる方々にがん薬物療法や緩和治療を通じて、より良い生活を送っていただけるお手伝いができればと考えております。



小林 和真

長崎大学移植・消化器外科 化学療法班長 病院講師  
(診療科は大腸・肛門外科)  
日本臨床腫瘍学会 がん薬物療法専門医・指導医  
日本外科学会 認定医・認定登録医  
(略歴)  
昭和35年 11月30日生まれ  
九州大学医学部卒業後、平成6年に長崎大学第二外科(現 移植・消化器外科)入局。  
外科の修業後、2004年10月から半年の国内留学で化学療法を学んだ。  
平成20年 高知医療センター腫瘍内科医長  
平成24年 東京慈恵会医科大学腫瘍・血液内科講師  
平成25年4月 長崎大学移植・消化器外科助教として復帰  
化学療法に特化して診療を行っている。



福田 実

医師・がん薬物療法専門医/指導医  
(略歴)  
1965年 長崎県生まれ  
1990年 長崎大学医学部卒業  
長崎大学第2内科、国立がんセンター中央病院レジデント、川崎医科大学呼吸器内科講師、長崎市立市民病院診療部長、日本赤十字社長崎原爆病院化学療法科部長を経て、2014年より長崎大学病院がん診療センター 副センター長 准教授



長瀬 通隆

(略歴)  
1970年 岐阜県生まれ  
1995年 岐阜大学医学部卒業  
1998年 国立がんセンター東病院 上腹部外科レジデント  
2001年 同 がん専門修練医  
以降、栃木県立がんセンター、自治医科大学腫瘍内科、名古屋第一赤十字病院などを経て、2016年4月から佐久総合病院佐久医療センター 同年10月より現職  
消化器がんをはじめとする悪性腫瘍の薬物療法と緩和医療に従事しています。

## ◎プログラム

講演  
1

### 「胃がんをもっと知ろう」

長崎大学病院 がん診療センター 助教/本田 琢也 先生

講演  
3

### 「肺がんをもっと知ろう」

長崎大学病院 がん診療センター 副センター長 准教授/福田 実 先生

講演  
2

### 「大腸がんをもっと知ろう」

長崎大学病院 移植・消化器外科 病院講師/小林 和真 先生

講演  
4

### 「皆さんに知っていただきたい 今までとこれからのがん治療」

佐久総合病院佐久医療センター 腫瘍内科 部長/長瀬 通隆 先生

## パネルディスカッション

### がん治療の未来を共に考えよう

司会進行: 本田 琢也 パネリスト: 長瀬 通隆、福田 実、小林 和真

## 開会の挨拶

長崎大学病院 がん診療センター 助教/本田 琢也 先生

## 閉会の挨拶

長崎大学病院 がん診療センター 副センター長 准教授/福田 実 先生

## FAX(裏面の申込書)にてお申込み下さい

申込方法

ご希望の方は(複数の場合は各人必要)①住所、②氏名、③年齢、④性別、⑤電話番号(携帯可)⑥ご職業を明記の上、FAX(裏面使用)にてお申し込みください。  
定員(250名)になり次第締め切り、参加者には聘请券を発送します。

お問合せ

TEL 095-829-7707

平日10:00～18:00 (マルクスインターナショナル内)



# FAX申込書

申込用紙に必要事項をご記入の上、  
FAXにて下記まで送付くださいますようお願いいたします。

**場所** 長崎ブリックホール 国際会議場 (長崎市茂里町2-38)

## FAX番号 095-829-7717

お名前	ふりがな
ご住所	〒 ー  ◎聴講券を郵送しますのでお間違えのないようお願いいたします
電話番号	
年齢	
性別	
ご職業	