

ご案内

1. 参加受付

1) 参加登録はすべて、第37回日本腹部放射線学会HPから参加登録システムより各自、ご登録ください。

参加登録期間：2024年4月22日（月）12：00～6月15日（土）

参加登録サイト：<https://www.jsar.jp/37th/participate.html>

※現地、会場での現金による参加登録は行いません。

当日もPCにて参加登録システム（クレジット決済）より、参加登録いただくこととなりますので事前に参加登録をお済ませの上、お越しいただくことをお勧めいたします。

2) 参加費は下記の通りです。

現地会場にご参加の場合は参加登録時に配信されます「登録完了メール」をプリントアウトし受付にてご提示ください。名札をお渡しさせていただきます。

正会員	5,000円（但し、初期研修医は免除）
非会員	15,000円（但し、初期・後期研修医は5,000円）

※領収書・参加証明書については、参加登録完了メールに記載されておりますURLより各自でダウンロードできます。再発行はできかねますので、大切に保管ください。

2. 当日受付

日 時：2024年6月14日（金）8：00～

6月15日（土）8：00～

場 所：ウエスタ川越 2F 大ホール前ホワイエ

※当日も現地にて受付はございますが、現金での対面受付は行わず、すべて、WEBからの参加登録受付となります。当日受付は混み合う可能性もありますので、極力、事前参加登録をお願いいたします。

※当日受付にて事前参加登録時に配信されます「参加登録受付完了メール」をプリントアウトしご提示ください。引き換えに「名札」をお渡しいたします。

3. 一般演題

【一般口演】

・口演会場はウエスタ川越 第1会場（2F大ホール）です。

1) 座 長

- ・ご担当頂くセッションの終了時間を厳守してください。一般口演の発表時間は以下のとおりとなります。
- ・一般演題 Case report or Case series：9分（発表5分、討論4分（病理コメントを含む））
- ・大会長公募症例：※症例数によって異なりますので、個別にご連絡させていただきます。
- ・一般演題 Preliminary Research：9分（発表7分、討論2分）

2) 発表者

◆「プレデジタルアトラス」について

発表者全員に学会ホームページ上で発表内容を「プレデジタルアトラス」形式で事前入力していただき、非公開で「打田賞」事前審査に活用させていただきます。また、学会当日、充実した討論をして頂く為に、病理コメントターの先生方による症例内容の事前確認をプレデジタルアトラスにて行いますので、入稿の際には詳細な病理像を掲載できるよう予めデータのご準備をお願いいたします。

◆「デジタルアトラス」、学術誌「臨床放射線」掲載について

学会終了後に、掲載希望確認の上、「プレデジタルアトラス」を「デジタルアトラス」として学会ホームページに掲載いたします。また、選考委員より推薦された演題は日本腹部放射線学会が、学術誌「臨床放射線」への投稿（「プレデジタルアトラス」＋「英文サマリー」＋「査読」）をサポートいたします。（学術誌「臨床放射線」と「デジタルアトラス」のホームページ併載は二重投稿となりません。）

<タイムスケジュール>



※)「臨床放射線」掲載予定は金原出版社の最終協議により決定いたします。

<執筆要綱(概略)>

①プレデジタルアトラス(=デジタルアトラス)

日本語入力	〔症例報告〕 3,200字以上 8,800字以内 〔原著論文〕 3,200字以上 12,800字以内 ※) 図、表…1点を400字に換算
英語入力	〔Case Report〕 2,000語以内 〔Original Article〕 3,000語以内 ※) 図、表…15点以内

②「臨床放射線」

選考委員により推薦された演題については、「プレデジタルアトラス」掲載内容を論文の体裁に整えていただき、英文サマリー（演題名、演者名、所属含100ワード以内）を追加後、査読・校正を通して同学術誌へ投稿していただく事ができます。又、英語入力された場合は臨床放射線の投稿規定に準じていただきます。

◆発表時間

- ・一般口演の発表時間は以下のとおりとなります。
時間厳守をお願いいたします。
- ・一般演題 Case report or Case series : 9分（発表5分、討論4分（病理コメントを含む））
- ・大会長公募症例：※症例数によって異なりますので、個別にご連絡させていただきます。
- ・一般演題 Preliminary Research : 9分（発表7分、討論2分）

◆発表形式

- ・PCによる発表ですので、データもしくはご自身のPCをご持参ください。
 - ・会場に設置されるプロジェクターは1画面となり、解像度は109×768ピクセルです。
 - ・当日は演者ご自身で演台上に設置されてあるキーボード及びマウスにて操作していただきます。
 - ・発表終了後、座長の指示の後、病理コメントーターによるコメント、質疑応答に対応ください。
- 病理コメントーターがコメントをする際に、病理写真のスライドを使うことがございますので、最終スライドの後に、発表で使ったものと同じ病理写真のスライドを再掲してください。発表で提示していない病理写真を入れることはできません。

◆PC受付

PC受付（2F 大ホール前ホワイエ）にて、発表の30分前までに試写をお済ませください（十分時間に余裕を持ってPC受付を行っていただきますようご協力をお願いいたします）。

- ・PC受付での発表データの修正作業はご遠慮ください。
- ・PC本体をお持ち込みの方はデータ確認終了後、発表会場のPCオペレーター席（会場ステージ向かって左側）までご自身でお持ちください。

◆発表に関する注意事項

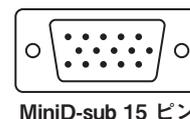
- ・講演会場にはワイドサイズのスクリーン（16：9）をご準備しております。
標準サイズ（4：3）のデータもご利用いただけますが、ワイドサイズ（16：9）での作成を推奨します。

<データをお持ち込みの方>

- ・発表はWindowsのPowerPointとなります。発表データはCD-R、DVD-RまたはUSBフラッシュメモリのメディアにてご持参ください（CD-RW、DVD-RWは不可）。
- ・ご発表用アプリケーションは以下のバージョンをご用意いたします。
Windows PowerPoint：2010～2016
※Macintoshで発表データを作成される方は、ご自身のPCをご持参ください。
- ・フォントはOS標準で装備されているものをご使用ください。画面レイアウトの崩れを防ぐには、下記フォントのご使用をお勧めいたします。
推奨フォント/日本語の場合 MS ゴシック、MSP ゴシック、MS 明朝、MSP 明朝
推奨フォント/英語の場合 Century、Century Gothic、Arial、Arial Black、Times New Roman
上記以外のフォントを使用した場合、文字や段落のずれ、文字化け、文字が表示されない等のトラブルが起こる可能性があります。
- ・動画をご使用の場合は、PowerPointとのリンク状態を保つため、動画ファイルも同じフォルダに保存してください。ファイル形式は、Windows Media Player12（標準コーデック）で動作するファイル形式をご用意ください（推奨：mp4、WMV）。
※AVIはCODECによって再生できない場合があります。
動画をご使用の場合は、ご自身のPCをご持参いただくことをお勧めいたします。
- ・音声は使用できません。
- ・発表者ツールは使用できません。発表原稿が必要な方は、あらかじめプリントアウトをお持ちください。
- ・お預かりした発表データは、学会終了後、事務局にて消去いたします。

<PC本体をご持参される方>

- ・PC本体をお持ち込みの方は、PC受付でのデータ確認終了後、発表会場のPCオペレーター席（会場ステージ向かって左側）までご自身でお持ちください。
- ・PCをお持ち込みの場合は、外部ディスプレイ出力が可能であることを必ずご確認ください。
- ・バッテリー切れを防ぐため電源アダプターをご持参ください。再起動することがありますので起動の際のパスワード設定は必ず解除してください。
- ・出力端子がMiniD-sub 15ピンでないものは、接続アダプターをご持参ください。
※HDMIやMini DisplayPortなどのD-sub15ピン以外の接続はお受けできません。
- ・画面サイズ（解像度）はXGA（109×768）となります。
- ・この環境で画面のすべてが不具合なく表示されることを、予めご確認ください。
- ・音声は使用できません。
- ・発表者ツールは使用できません。発表原稿が必要な方は、あらかじめプリントアウトをお持ちください。
- ・スクリーンセーバー、ウイルスチェック、並びに省電力設定（Macintoshの場合はホットコーナーも）は、あらかじめ解除をお願いいたします。



◆病理標本

- ・口演は病理学の先生にコメンテーターをお願いしております。病理コメンテーターの先生方よりご要望のあった演題については、事前にプレパラートをご送付いただくか、当日ご持参いただきます。ご郵送をお願いする場合は改めてご連絡させていただきます。なお、お預かりしたプレパラートは、口演後に病理室（2F 会議室2）にて返却いたしますのでお忘れのないようご注意ください。

【ポスター展示】

- ・ポスター展示会場は第2会場（1F 多目的ホール）です。
- ・ポスター展示については、一般展示、問題提示（クイズ）形式の2種類があります。
各自ご発表の形式とパネルサイズを確認の上、作成するようお願いいたします。

1) 座長

- ・1日目の17:15～17:55にポスターディスカッションを行います。
発表4分、質疑2分で進めてください。

2) 一般展示発表者

- ・ポスターを掲示するパネルのサイズは下記の通りです。
(10ページのポスター作成見本を参考に作成してください)
パネル上：横116 cm×縦90 cm
パネル下：横116 cm×縦90 cm
- ・ポスターは、1日目午前11:00までに掲示してください。ポスターを掲示するパネルに演題番号がついていますので、会場に用意されたマジックテープを使用して掲示してください。
- ・1日目の17:15～17:55にポスターディスカッションを行います。発表者はご自身のポスターの前で待機してください。各セッションの座長の進行に従って、発表4分、質疑2分をお願いいたします。
- ・2日目の全プログラム終了後は、直ちにポスターの撤去をお願いいたします。終了後18:30過ぎても残っているポスターは処分いたしますので、ご了承ください。

3) クイズ展示発表者

- ・ポスターを掲示するパネルの大きさは下記の通りです。
(11ページのポスター作成見本を参考に作成してください)
パネル上(出題) : 横116 cm×縦90 cm
パネル下(解答解説): 横116 cm×縦90 cm
- ・出題部分には患者の年齢、性、簡単な主訴や経過、症例の画像のみを提示するように作成してください。図の説明は検査法のみとし、所見の解説はつけないようお願いいたします。矢印や矢頭はつけていただいても構いません。
- ・解答解説部分には演題名に続いて、画像の説明、最終診断、症例の解説をお願いいたします。出題部分と重複してお示しいただいても構いません。
- ・上記の原稿を指定日までに事務局宛に送付してください。解答・解説部分を隠して掲示致します。なお、第1日目の18:00より解答・解説部分を公開いたします。
- ・クイズ展示に関して座長の設定や口演発表は行いませんが、第1日目の17:15～17:55まではポスターディスカッションのため、ご自分のポスターの前で待機してください。
- ・2日目の全プログラム終了後は、直ちにポスターの撤去をお願い致します。終了後18:30過ぎても残っているポスターは処分いたしますので、ご了承ください。

4. 社員総会(世話人会)

日 時: 6月14日(金) 11:05～11:35 (30分)
場 所: 第1会場 2F 大ホール

5. クイズ企画

クイズ企画の問題が6月14日(金) 11:00より第2会場(1F 多目的ホール)にて掲示されており、参加受付にてお配りいたします「クイズ企画応募用紙」に記入の上、応募箱に入れてください。皆様、奮って解答ください。

なお、回答は6月14日(金) 18:00以降に公開されます。

「クイズ企画応募用紙」より解答を応募された中からクイズ症例優秀者表彰を6月15日(土) 15:10～第1会場(2F 大ホール)にて行います。上位の方には、大会長より心ばかりの賞品をご用意しております。皆様、是非ご参加ください。

6. 打田賞受賞講演・表彰

日 時: 6月15日(土) 14:30～15:00
場 所: 第1会場(2F 大ホール)

7. 基調講演

【基調講演】（日本専門医機構認定放射線科領域講習会）

共催：バイエル薬品株式会社

日時：6月14日（金）13：45～15：05

座長：新本 弘（防衛医科大学校 放射線医学講座）

演者：藤井 靖久（東京医科歯科大学大学院 腎泌尿器外科学）

『泌尿器科医としての腹部画像診断』

都築 豊徳（愛知医科大学医学部 病理診断学講座）

『放射線画像所見と病理診断との一致を目指して ―WHO第5版の試み―』

8. 共催セミナー

【ランチョンセミナー1】 株式会社フィリップス・ジャパン

日時：6月14日（金）11：45～12：35

『腹部MRIにおける新たな撮像技術と臨床応用の探求』

座長：松尾 政之（岐阜大学大学院医学系研究科 生体管理医学講座放射線医学分野）

演者：野田 佳史（岐阜大学大学院医学系研究科 先端画像開発講座）

『腹部自由呼吸下撮像の可能性 ～造影ダイナミック、定量への応用～』

尾崎 公美（浜松医科大学 放射線診断学講座）

『腹部MRIの未来への扉：MR 7700から見える新しい可能性』

【ランチョンセミナー2】 キヤノンメディカルシステムズ株式会社

日時：6月15日（土）12：30～13：20

『AI技術が導く画像診断の新時代』

座長：松木 充（自治医科大学とちぎ子ども医療センター 小児画像診断部）

演者：田村 明生（岩手医科大学 放射線医学講座）

『腹部画像診断におけるDLRの到達点』

伊東 克能（山口大学大学院医学系研究科 放射線医学講座）

『DLRによる超解像MRIと機能イメージング』

【ティータイムセミナー1】 ゲルベ・ジャパン株式会社

日時：6月14日（金）15：15～16：05

『腹部領域の画像診断 -アップグレードのためのtips-』

座長：曾我 茂義（獨協医科大学）

演者：田辺 昌寛（山口大学）

『腹部領域の画像診断 -疾患の真に迫るためのTips-』

渡谷 岳行（国立国際医療研究センター病院）

『腹部画像診断知っておくべきポイント -アップグレードのためのtips-』

【ティータイムセミナー2】 富士製薬工業株式会社

日時：6月15日（土）15：45～16：35

『目指せ腹部画像診断のエキスパート ～紛らわしい疾患はここを押さえよう～』

座長：小林 聡（金沢大学 医薬保健研究域医学系 放射線科学）

演者：藤永 康成（信州大学医学部 画像医学教室）

【イブニングセミナー】 GEヘルスケアジャパン株式会社

日 時：6月14日（金）16：15～17：05

『最新技術で診る -腹部画像診断-』

座 長：楳 靖（島根大学 放射線医学講座）

演 者：市川新太郎（浜松医科大学 放射線診断学講座）

『肝臓領域のDual Energy CT』

増井 孝之（社会福祉法人 聖隷福祉事業団 聖隷浜松病院）

『上腹部MR撮像におけるディープラーニング画像再構成の適用
～単純からダイナミック撮像まで～』

【モーニングセミナー】 シーメンスヘルスケア株式会社

日 時：6月15日（土）9：40～10：30

『Siemens Healthineers MR/CT 最前線』

座 長：五島 聡（浜松医科大学 放射線医学教室 放射線診断学講座）

演 者：上野 嘉子（神戸大学大学院 医学研究科 内科系講座 放射線医学分野）

『泌尿生殖器領域のMRI技術：最新動向と臨床応用』

祖父江慶太郎（神戸大学大学院 医学研究科 内科系講座 放射線医学分野）

『Photon-counting CT NAEOTOM Alphaの腹部領域における可能性』

9. 企業展示

日 時：6月14日（金）～6月15日（土）

会 場：2F 第1会場 大ホール前 ホワイエ

PSP株式会社、富士フイルムメディカル株式会社

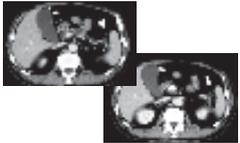
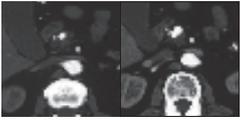
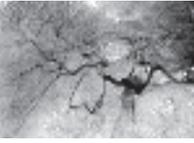
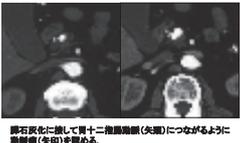
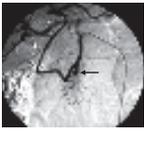
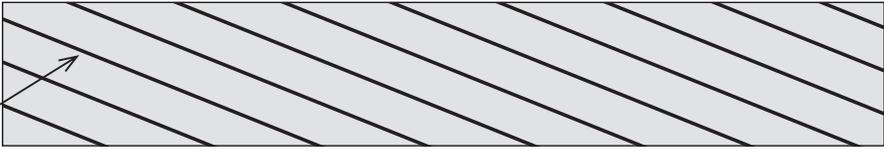
10. 情報交換会

日 時：6月14日（金）18：45～20：15

場 所：1F 第2会場（多目的ホール）内

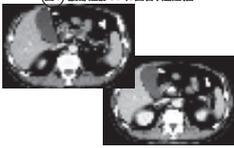
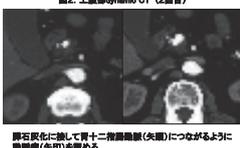
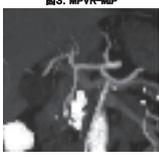
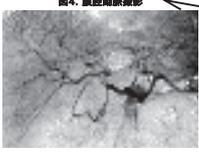
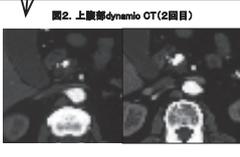
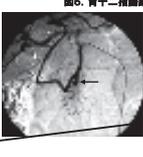
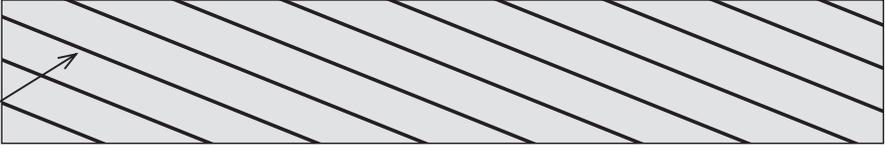
一般展示 ポスターの見本 (A4用紙に印刷してポスターを組んだ場合)

A4用紙を使った場合、上の欄には最大3列×4行、下の欄には最大3列×3行、計21枚のA4用紙を横置きで貼り付けることができます。

演題番号は事務局で準備します。	使用しません	
塞栓術で治療した Hemosucous Pancreaticus の1症例 魚山 佳史, 桐生 茂, 南 寿, 赤羽 正孝, 吉岡 直紀, 古賀 久雄, 三浦 慎, 大友 邦 東京大学医学部附属病院放射線科	症例 ・ 68歳男性 ・ 主訴: 下血, 心窩部痛, 嘔吐, 冷汗 ・ 日本産2合: 22年 ・ 5月後診にて貧血増強(Hb 8g)近医受診。7月頃下血が一度あり。8月に気分不快, 悪心, 嘔吐, 下血があり, 当院救急入院, Hb 6g。吐血。OT, US行っても出血量不明。11月に血便。ふらつきがあったため, 当院受診。Hb 6.8と低下のため緊急入院。	入院後経過 ・ Hb 6.8 ↓ g/dL, CRP 43.9 mg/d ・ 正球性貧血 (RBC 227万 / μL, MCV 88.1) ・ amylase 153 IU/L, p-amylase 74 U/L ・ 胆管上下部内視鏡 - 明らかな出血量なく, 十二指腸のsecond portion へのみ血液付着 ・ OT (一画面) 慢性膵炎増強, 膵頭部に石灰化 ・ 小腸造影 (異常なし) ・ HSA出血シンチ (異常なし) ・ 輸血(MAP 21.8回)
図1. 腹部造影CT (1画面, 遅延相) 	図2. 上腹部dynamic CT (2画面) 	図3. MPVR-MIP 
図4. 腹腔動脈造影 	図5. 上腹部dynamic CT (2画面) 膵石灰化に続いて胃十二指腸動脈(矢印)につながるように膵動脈(矢印)を認める。 	図6. 胃十二指腸動脈造影 後上腹十二指腸腸膵動脈部近くに慢性膵炎増強を認める。この瘤は図3, 4でも見えている。 
塞栓術後の上腹部動脈造影にて, 後下腹十二指腸腸膵動脈部の近くに小さな慢性膵炎増強の残存を認めたが, 膵炎の合併を認めず, 塞栓術は追加しなかった。 	5ヶ月後のERCP ・ 主膵管内に結石 ・ 膵管拡張 	Hemosucous Pancreaticus ・ Sandblom P.(1970)が最初に報告 ・ 膵管からの大量の出血を指す ・ 症とんどのものが慢性膵炎に伴うもの ・ 慢性膵炎の膵管内破綻により膵管から出血 ・ その他に慢性, 塞血性膵炎の膵梗塞, 遠走脾(風所性脾)などによるものも報告されている ・ 報告 65例 (塞栓術による治療例 9例)
Hemosucous Pancreaticus : 診断 ・ 出血は量欠的のため, 膵臓から膵管への出血が推定されるはまれ。(Saber, 1990) ・ 内視鏡で主膵管からの出血をもって診断(Morea, 1983; Jacobs, 1992). ・ 内視鏡で不明なものは血管造影が有用(Shahani, 1984). ・ OTで慢性膵炎, 膵腺腫。 ・ 3D-OTangiography も有用 (Malzfeldt, 1997).	Hemosucous Pancreaticus : 治療 ・ 手術 ・ 膵部分切除, 脾摘, 膵臓の結核 ・ 塞栓術 ・ 膵動脈の近位-遠位の塞栓	Hemosucous Pancreaticus ・ 慢性膵炎に慢性膵腺腫が合併する頻度は約10% (White, 1978; Hofer, 1987). ・ 慢性膵炎症例における消化管出血を見た場合には, この疾患を念頭に置いて詳細に説明する必要がある。
この部分は見にくいので, 掲示しないようにしてください。 		

クイズポスターの見本 (A4用紙に印刷してポスターを組んだ場合)

A4用紙を使った場合、上の問題欄には3列×4行、下の解答・解説欄には最大3列×3行、計21枚のA4用紙を横置きで貼り付けることができます。

演題番号は事務局で準備します。	使用しません	
図に番号をふっておくと解説の際に便利です (論文のように)		
<p>症例の主訴・簡単な経過 (診断名は伏せる)</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>症例</p> <p>68歳男性 主訴: 下血、心窩部痛、嘔吐、冷汗 日本滞2年62年 8月旅行にて貧血指摘(Hb 8台)返国受診、7月頃下血が一度増す。9月に気分不快、悪心、嘔吐、下血が再び発症。緊急入院。Hb 6台、輸血。OT、US行っても出血原因不明。11月に血便、ふらつきがあったため、当院受診。Hb 8台と膝下のため緊急入院。</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p>図1 腹部造影CT (1回目、遅延相)</p>  </div> <div style="width: 48%;"> <p>図2 上腹部dynamic CT (2回目)</p>  <p>膵石硬化に続いて胃十二指腸動脈(矢印)につながるように動脈瘤(矢印)を認める。</p> </div> </div>	<p>135mm</p> <p>60mm</p>
<p>この線を境に、問題欄は上部パネルに、解答・解説欄は下部パネルに掲示します。</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>図3. MPVR-MIP</p>  </div> <div style="width: 48%;"> <p>図4. 腹腔動脈造影</p>  </div> </div> <p>画像所見の解説はここでは伏せて、どういう検査法かのみ示してください (Key pointがわかりにくい場合は矢印などをつけ、その解説は解答・解説欄で述べてください)</p>	<p>900mm</p>
	<p>Key imageは繰り返して提示していただいてもかまいません。</p>	<p>60mm</p>
<p>タイトル・発表者・施設名</p>	<p>塞栓術で治療した Hemorrhagic Pancreaticus の1症例</p> <p>倉山 聖志, 柳生 茂, 南 幸, 森岡 正実, 吉岡 直紀, 古賀 久雄, 渡辺 慎, 大友 邦</p> <p>東京大学医学部附属病院放射線科</p>	<p>初日の17:30までは、ここから下の部分を縦900mm×横1160mmの紙で隠します。</p>
<p>その後の経過など</p>	<p>入院後経過</p> <p>Hb 8.8 g/dL, CRP 0.3 mg/dl 正球性貧血 (RBC 227万 /μl, MCV 88.1) amylase 158 IU/L, p-amy/ase 74 U/L 胆管上下部内腔性 - 明らかな出血源なく、十二指腸のsecond portion におみ血液付着 OT (1回目): 慢性膵炎指摘、脾動脈に石硬化小動脈造影 (異常なし) HSA出血シグナル (異常なし) 輸血(MAP 2Lx3回)</p>	<p>図2. 上腹部dynamic CT (2回目)</p> 
<p>最終診断</p>	<p>最終診断</p> <p>Hemorrhagic Pancreaticus</p> <p>hemo=[Q.a/m] blood suocus=[L.]doce</p>	<p>図5. 胃十二指腸動脈造影</p>  <p>後上腹十二指腸動脈起始部近くに仮性動脈瘤を認める。この瘤は第3, 4でも見えている。</p>
<p>解説</p>	<p>Hemorrhagic Pancreaticus</p> <ul style="list-style-type: none"> Sandblom P (1970)が最初に報告 膵管からの大量の出血を指す ほとんどのものが慢性膵炎に伴うもの 仮性動脈瘤の膵管内破裂により膵管から出血 その他に外傷性、富血性腫瘍の脾転移、迷走脾 (異所性脾) などによるものも報告されている 報告 65例 (塞栓術による治療例 9例) <p>Hemorrhagic Pancreaticus : 診断</p> <p>出血は間欠的のため、動脈から膵管への出血が抽出されるのはまれ。(Suter, 1985) 内視鏡で主膵管からの出血をもって診断(Morae, 1959; Jacobs, 1992). 内視鏡で不明なものは血管造影が有用(Shaharil, 1984). CTで慢性膵炎、動脈瘤。 3D-CTangiography も有用 (Malzfeldt, 1987).</p>	<p>塞栓術後の上腹動脈造影にて、後下腹十二指腸動脈起始部の近くにも小さな仮性動脈瘤の残存を認められたが、膵炎の合併を恐れ、塞栓術は追加しなかった。</p> <p>必要の場合はreferenceを加えてください。</p>
<p>この部分は見にくいので、掲示しません。</p>		<p>80mm</p>
1160mm		

会場案内図

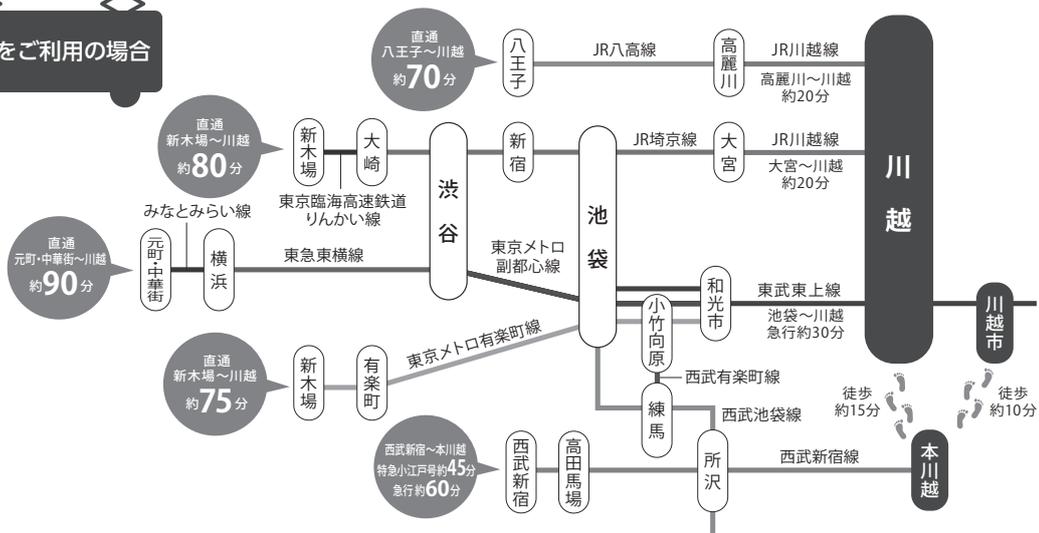


所在地
〒350-1124 埼玉県川越市新宿町 1-17-17

- JR川越線、東武東上線「川越駅」西口より徒歩約5分
- 西武新宿線「本川越駅」より徒歩約15分
- 「本川越駅」よりバスをご利用の場合
- 「本川越駅」西武バス乗り場 ①番
 - ・新所02、本55系統「川越駅西口」下車 徒歩約5分
 - ・本53、本54系統「ウエスタ川越前」下車すぐ
- 「本川越駅」西武バス乗り場 ②番
 - ・川越35、川越35-1系統「ウエスタ川越前」下車すぐ
- 駐車場は左折での入場となります。 ● 利用料金：入庫後1時間無料 以後1時間ごとに200円。 ● 駐車場は204台ありますが、大変混雑が予想されるため、なるべく公共交通機関をご利用ください。

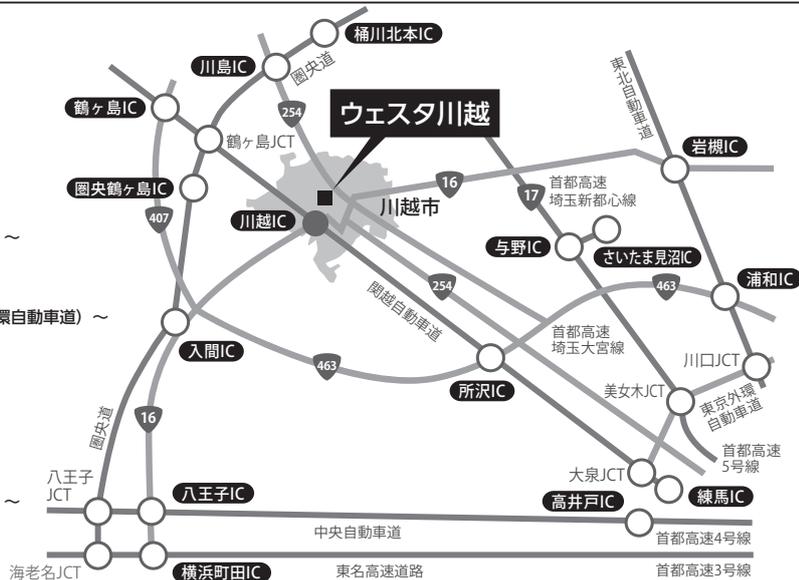


鉄道をご利用の場合



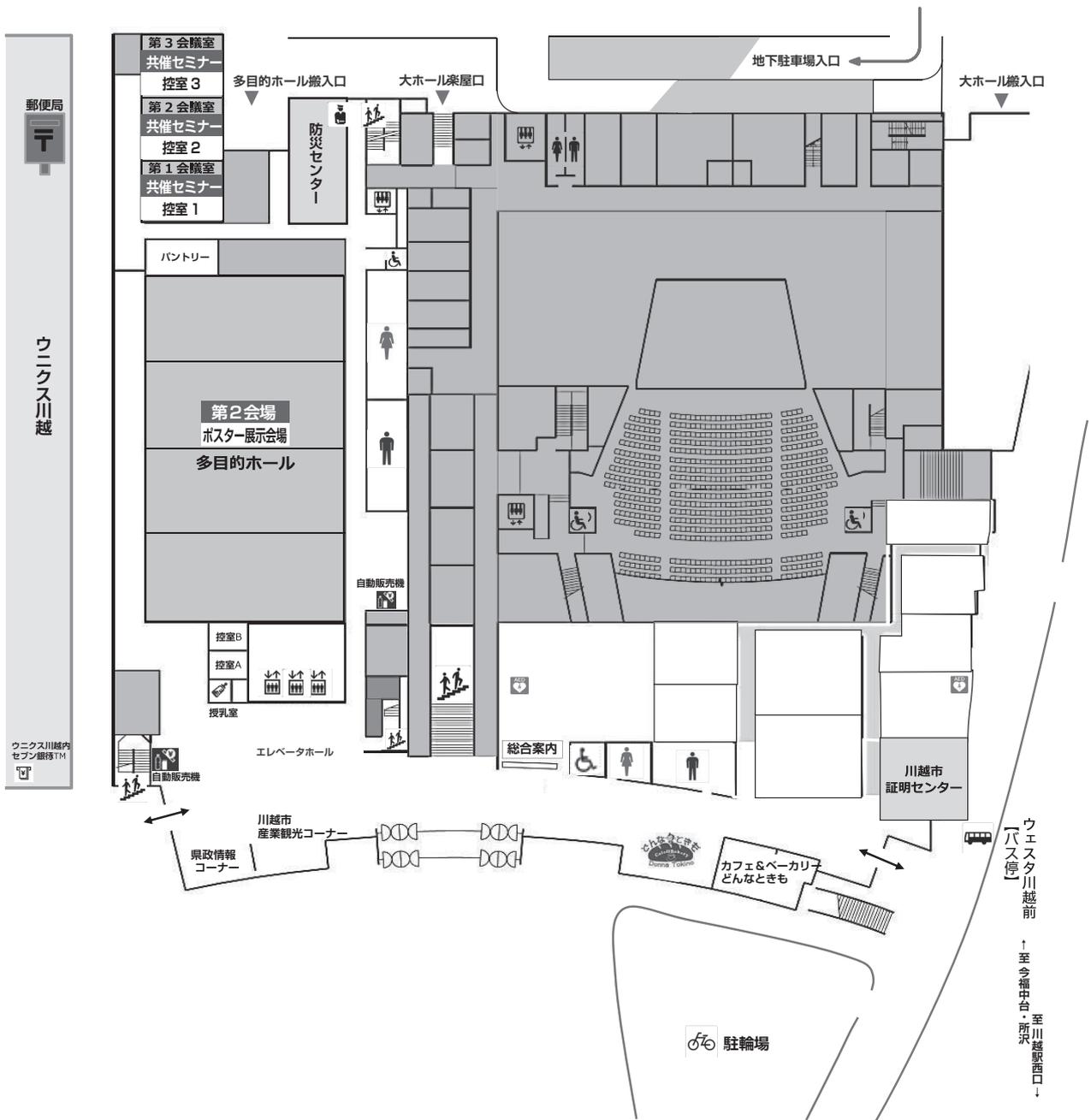
車をご利用の場合

- 関越自動車道
練馬I.C.〜川越I.C. 21.2km
- 中央自動車道
中央高速の各I.C.〜八王子JCT (圏央道) ~ 鶴ヶ島JCT (関越自動車道) ~川越I.C.
- 首都高速
首都高速5号池袋線 美女木JCT (東京外環自動車道) ~ 大泉I.C. (関越自動車道) ~川越I.C.
- 国道16号
八王子〜川越市街 36km
- 国道254号
池袋〜川越市街 32km
- 東名高速
東名高速の各I.C.〜海老名JCT (圏央道) ~ 鶴ヶ島JCT (関越自動車道) ~川越I.C.



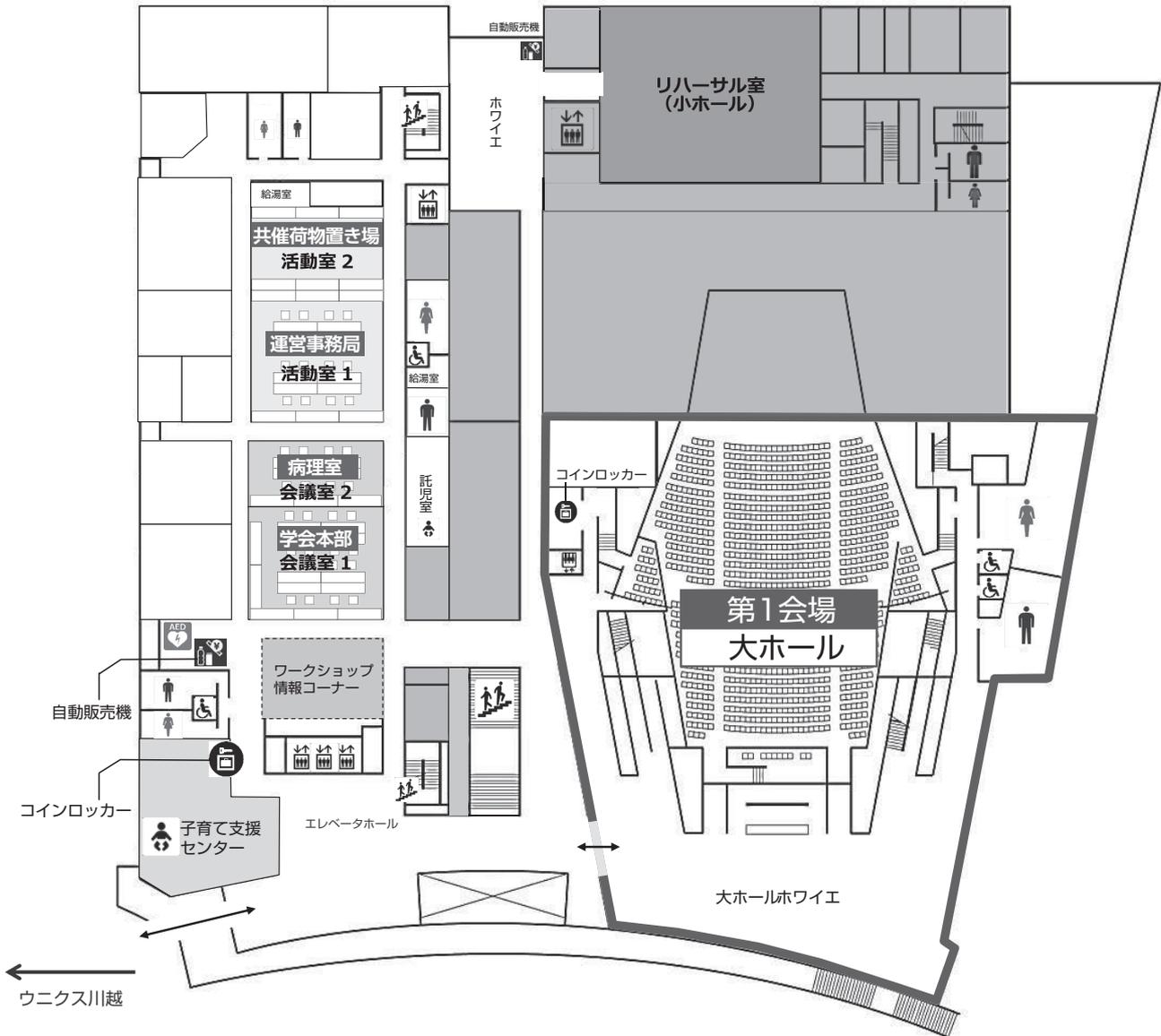
会場フロア図

1階 交流支援施設 川越市南公民館



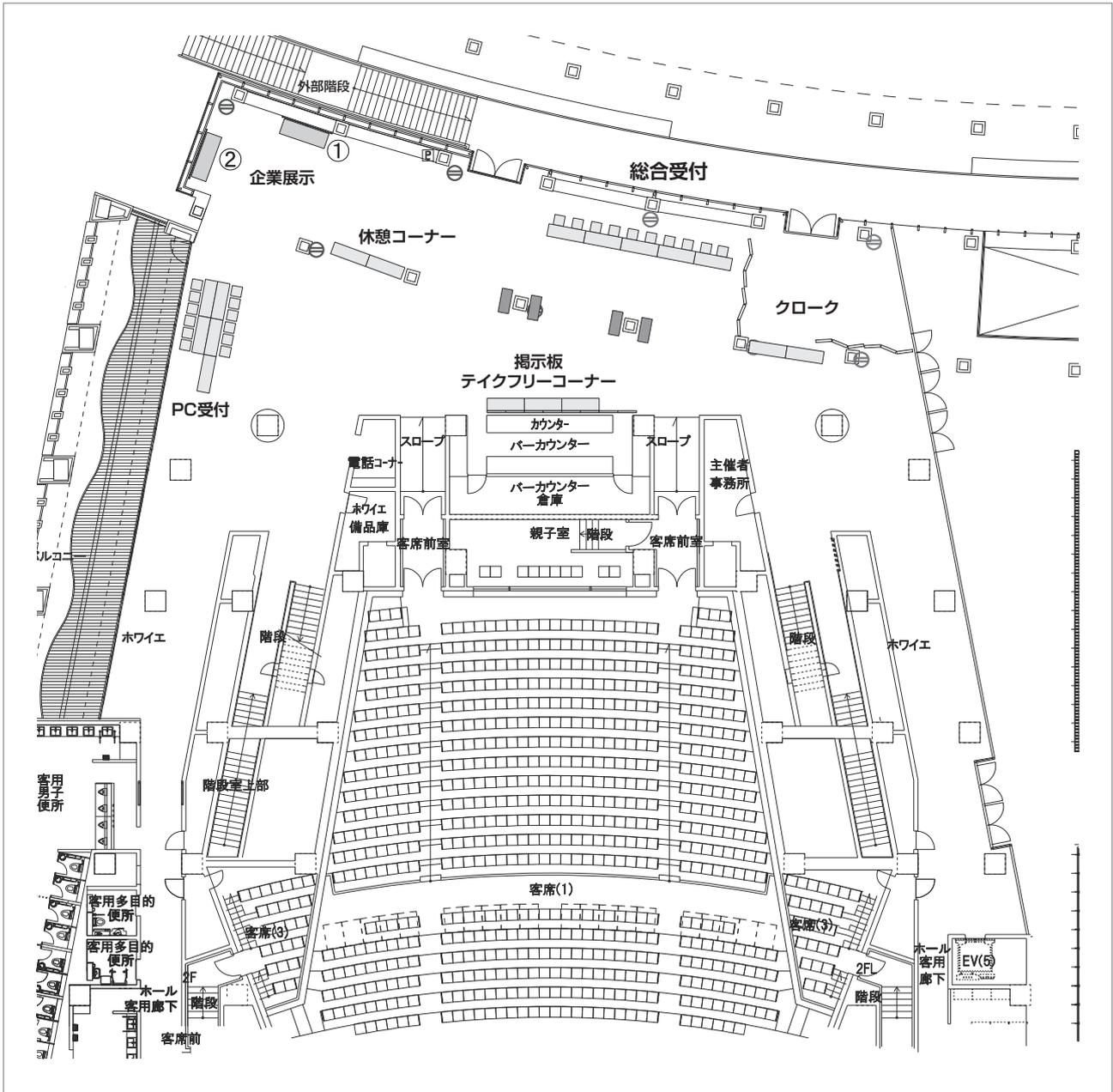
2階

市民活動・生涯学習施設
文化芸術振興施設



2階

企業展示小間割 (大ホールホワイエ)



No.	企業名	No.	企業名
1	PSP 株式会社	2	富士フイルムメディカル株式会社