

医療技術評価（HTA）教育プログラム 参加申請書

申請日 年 月 日

殿

（1）基本情報（2025年4月1日以降）

フリガナ 氏名	フリガナ	姓 (Family)	名 (First)	
	漢字			
年齢（2025/4/1現在）	歳			
連絡先 メールアドレス				
電話番号（緊急連絡用）				
所属（2025/4/1からの予定）大学・課程		研究室		
指導教員		入学年	年	月
学籍番号	（未定の場合は記載不要）			

（2）経歴

年月	学歴（大学以降）／職歴
年 月 ~ 年 月	
年 月 ~ 年 月	
年 月 ~ 年 月	
年 月 ~ 年 月	
年 月 ~ 年 月	
年 月 ~ 年 月	
年 月 ~ 年 月	

（3）取得学位

修士号	修士	取得年月（見込みを含む）	年	月
取得大学				
博士号	博士	取得年月（見込みを含む）	年	月
取得大学				

（4）医療技術評価（HTA）に関する関心

	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（下記に記入ください）
医療技術評価（HTA）に関する業務や研究の経験	
本プログラムに参加を希望する理由（具体的な目標や期待など）	

（5）推薦者

	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（下記に記入ください）
推薦者氏名	
推薦者所属	

※表のクリーム色部分に記入し、別紙「COI報告様式」とともに、3月19日までに各大学のHTA教育プログラム担当教員に提出してください。

以下、事務局記入欄

承認日：

立命館大学	京都大学	北海道大学

医療技術評価（HTA）教育プログラム事務局 2025.3