|  |
| --- |
|  |

**研修会　アンケート**

＊研修会にご参加いただきありがとうございました。アンケートへのご協力をお願いいたします。

**① 所属先**□医療機関　　　 　　 　　　 □居宅介護支援事業所

　　　　　　　　　　　　 □介護保険サービス事業所　　　　　　　 □地域包括支援センター

□行政（宗像市・福津市・保健所）　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）

**② 職種** □医師・歯科医師　　　　 □薬剤師　　　 □介護支援専門員　　 　□介護職員

　　　　　　　　　　　　□看護職員　　　　　　□リハビリ職員　 　　　□相談員　　　　　 □事務員

　　　　　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　 ）

**③ 研修会の内容は、いかがでしたか。**

　□とても理解できた　　 □理解できた　 □あまり理解できなかった　 　□理解できなかった

**ご意見・ご感想等を下記にご記入ください。**

|  |
| --- |
|  |

**④ 今後の業務に活かせそうなポイントはありましたか。下記にご記入ください。**

|  |
| --- |
|  |

**⑤ 研修会講師への質問がございましたら、ご記入下さい。**

**直接ご回答させていただきますので必ず所属・氏名をご記入ください。**

|  |
| --- |
| 所属　　　　　　　　　　　　　　　 氏名 |

**⑥今後、どのような研修会を希望されますか。 下記にご記入ください。**

|  |
| --- |
|  |

ご協力ありがとうございました。 宗像医師会在宅医療連携拠点事業室（むーみんネット）