**令和２年度****第１回伊勢地区在宅医療・介護連携支援センターつながり**

**地域研修会アンケート**

本日は、「第１回伊勢地区在宅医療・介護連携支援センターつながり地域研修会」にご参加いただきありがとうございました。

お手数ですが、アンケートにご協力お願いいたします。該当するところに○印を、（　）内に必要事項をご記入ください。（Wordで入力されます方はこの〇をドラッグしてお使いください。⇒　　　）

1. 研修の受講方法
2. Zoomによるオンライン研修　　　イ.後日配信された録画　　　ウ　アとイの両方

エ. 申し込みをしたが受講しなかった

２．年齢

1. 20歳未満　イ.２０歳代　ウ.３０歳代　　エ.４０歳代　オ.５０歳代　カ.６０歳以上

３．経験年数

　　ア.1年未満　　　　　　　イ.1年以上～3年未満　　 　　ウ.3年以上～5年未満

　　エ.5年以上～10年未満　　　　　　オ.10年以上

４．本日の研修を受けようと思った動機についてお答えください。（複数回答可）

ア. テーマに興味があったから　　　　　　　　イ. 講師に興味があったから

ウ. 多職種連携に関心があったから　　　　　　エ. 上司、同僚の勧め

オ. 知識として知っておきたかったから　　　　カ. チラシを見て興味を持ったから

キ. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５．本日の研修会についてお答えください

　　　ア.大変参考になった　イ.参考になった　ウ.あまり参考にならなかった　エ.参考にならなかった

　　◎理由をお聞かせください。

　６．今後、地域研修会で希望されるテーマがあればお書きください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ご協力ありがとうございました。

送付先　　　　　伊勢地区 在宅医療・介護連携支援センターつながり　あて

**Fax：0596（63）5638**