

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す。

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○をドラッグしてお使いください。⇒ ○)

1. 研修の受講方法

ア. 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

ア. 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