

令和3年三郷市多職種研修会 アンケート

お忙しいところ、ご参加いただきありがとうございました。

* 今後の参考のため、差支えない範囲でお答えください。

1) 該当する職種にをつけてください。(主となる職種1つだけ)

- | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 医師・歯科医師 | <input type="checkbox"/> ケアマネージャー | <input type="checkbox"/> 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 医療事務職 |
| <input type="checkbox"/> 薬剤師 | <input type="checkbox"/> 社会福祉士 | <input type="checkbox"/> 作業療法士 | <input type="checkbox"/> 栄養士・管理栄養士 |
| <input type="checkbox"/> 看護師・准看護師 | <input type="checkbox"/> 介護福祉士 | <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 保健師 | <input type="checkbox"/> 訪問介護員・ヘルパー | <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 | () |

2) 今回の研修会について、どう思いましたか？

- 大変良かった 良かった 普通 あまり良くなかった 良くなかった

3) 今後も在宅医療介護連携協議会研修部会の主催する研修に参加したいですか？

- 是非参加したい 参加したい どちらともいえない あまり参加したくない 参加したくない

4) 今回の研修会について、ご感想やご意見を教えてください

5) 今後、聞いてみたい講演や企画して欲しいディスカッション等があればご記入ください。

6) 発表について、ご質問がございましたらご記入下さい。各職種担当に確認後、メールにてお返事いたします(担当職種名、ご自身の氏名、メアド、連絡先をご記入下さい)

締め切り：11月15日(月) / メールまたはFAXにてご返送、お願いいたします

メール：misarensapo@gmail.com 電話・FAX：048-949-6119

事務局：三郷市在宅医療・介護連携サポートセンター

〒341-0042三郷市谷口5 4 4 市保健センター分室内