

相模原市介護職員等喀痰吸引等研修報告書（アンケート）

本アンケートの提出をもって修了書等が交付されますので、必ず提出してください。

介護職員等喀痰吸引等研修を修了したので報告します。

氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	(西暦) 年 月 日生	年齢	歳
住所	〒 _____		
	都 道 府 県		
現在の勤務先	設置主体名		事業所名
	所在地		
	〒 _____		
都 道 府 県			
保有資格		資格取得年月	
修了書の送付先	住所地 ・ 勤務先 ・ その他 その他の方のみ、下の欄もご記入ください。		
	〒 _____		
	都 道 府 県		

相模原市介護職員等喀痰吸引等研修の実施方法について伺います。

該当する番号を○で囲んでください。

1. 市において実施された喀痰吸引等研修を受講していただきましたが募集のタイミングについてお聞きします

- ① 募集が遅い ② 募集が早い ③ 丁度いいタイミングで募集があった

上記質問で①, ②を選択された方にお聞きします。 募集の時期はいつがいいですか(月 ~ 月頃)

2. 参加人数についてお聞きします

- ① 人数が多すぎる ② 人数が少ない ③ 丁度いい参加人数だった

3. 会場についてお聞きします

- ① 開催場所が良かった (理由 _____) ② 開催場所が悪かった (理由 _____)

4. 講師についてお聞きします

- ① 普通 ② 良くない ③ 良かった

5. 講師の人数についてお聞きします

- ① 少ない ② 多い ③ 普通

6. 本研修についての満足度をお聞きます

① 満足

② 普通

③ 不満

理由

7. テキスト、教材等についてお聞きます

① 満足

② 普通

③ 不満

理由

8. その他ご意見が有りましたらご記入下さい

一般社団法人 財形福祉協会

〒103-0024 東京都中央区日本橋小舟町 8-14 日本橋三越前アムフラット壱番館 301

TEL 03-5651-8120 FAX 03-5651-8121 E-mail : zaikai@t3.rim.or.jp