

メールまたはFAXでお送りくださいますようお願いいたします。
Mail : reha-kensyu@sakai-kfp.info FAX : 072-243-0202

「令和5年度 高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業 第4回研修会」
アンケート

所属機関属性	<input type="checkbox"/> 1. 指定相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 2. 1以外の障害者関連機関 <input type="checkbox"/> 3. 医療関係機関 <input type="checkbox"/> 4. 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 5. その他()
職種	ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。
参加形態	<input type="checkbox"/> 1. 会場 <input type="checkbox"/> 2. オンライン

次回以降の研修企画の参考にさせていただきますので、ご回答のほど、よろしくお願いいたします。

研修の内容	<input type="checkbox"/> 1. わかりやすかった <input type="checkbox"/> 2. まあまあわかりやすかった <input type="checkbox"/> 3. 普通 <input type="checkbox"/> 4. 少しわかりにくかった <input type="checkbox"/> 5. わかりにくかった
研修の時間	<input type="checkbox"/> 1. 長い <input type="checkbox"/> 2. ちょうど良い <input type="checkbox"/> 3. 短い
開催日(時期)・場所	<input type="checkbox"/> 1. 適当 <input type="checkbox"/> 2. 不適當 (ご意見等あれば、自由にご記入ください)
今後の業務への活用	<input type="checkbox"/> 1. できる <input type="checkbox"/> 2. まあまあできる <input type="checkbox"/> 3. あまりできない <input type="checkbox"/> 4. できない <input type="checkbox"/> 5. どちらともいえない
高次脳機能障害に関する次回以降の研修で、希望するテーマ	(自由にご記入ください)
研修を受けた感想など	(その他、ご意見等あれば、自由にご記入ください)

毎年、高次脳機能障害に関わる支援者向けの研修会を企画しております。メールアドレスをご記入いただいた方には研修会に関する案内を送信させていただきます。

ご希望される方は、所属機関名、お名前、メールアドレスをご記入ください。

所属機関名	
お名前	
メールアドレス	

※お預かりした個人情報は本事業の目的以外には使用いたしません。

ご協力ありがとうございました。