令和２年度「埼玉県医師会在宅医療塾」
アンケート

★あてはまるものを〇で囲み、必要事項を記入してください。

１．受講日

９月３日　　10 月１日　　11 月５日　　12 月 10 日　　１月７日

２．受講者（あなた）について教えてください。

（１）主な勤務先

病院　　診療所　　訪問看護ステーション　　その他（　　）

（２）職種

医師　　看護師　　准看護師　　その他（　　）

３．在宅医療塾の内容はいかがでしたか。

とても参考になった　　参考になった　　参考にならなかった　　どちらとも言えない

４．在宅医療塾を同じ志を持つ医療関係者に紹介したいと思いますか。

はい　　いいえ　　どちらとも言えない

５．在宅医療塾で講演してほしいテーマがありましたら、３項目までご記入ください。

①＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

②＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

③＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

６．ご意見・ご感想

（　　）

ご協力ありがとうございました。

お手数をおかけしますが、FAX（０４８－８２２－８５１５）で返送してください。

事務局：埼玉県医師会　業務Ⅱ課