|  |
| --- |
| **令和５年度山形大学認知症講座に関するアンケート** |

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 | 受講講座名 |
|  |  |

１　あなたの勤務先の種別をお聞かせください。（どれか１つを○で囲んでください）

1. 診療所　② 総合病院　③ 単科病院　④ 施設等　⑤その他（　　　　　　　）

２　本日の講義について御意見をお聞かせください。（どれか１つを○で囲んでください）

【理解度】　①よく理解できた　　② 理解できた　　③ どちらともいえない

④ やや理解できなかった　　⑤ 理解できなかった

【講義時間】①ちょうど良い　②もう少し長いほうが良い　③もう少し短いほうが良い

※ 今回の講義内容に対する質問があれば御記入ください。（自由記載）

|  |
| --- |
|  |

　※ そのほか、講義に関して気づいたこと、感想などがあれば御記入ください。（自由記載）

|  |
| --- |
|  |

３　講座内容やカリキュラムについて、今後の希望があれば御記入ください。（自由記載）

|  |
| --- |
| 　*例）「○○○」のテーマを入れてほしい、など* |

受講確認の意味でも、受講後１週間までの提出に御協力をお願いします。

　E-mail：otakiat@pref.yamagata.jp