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](mailto:reha-kensyu@sakai-kfp.info)　　　FAX：０７２－２４３－０２０２

「令和6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2回研修会」

アンケート

|  |  |
| --- | --- |
| 所属機関属性 | １．指定相談支援事業所　２．居宅介護支援事業所 ３．医療関係機関  4．その他の障害者関連機関（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  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 | １．会場　　　　　　　　２．オンライン |
| 所属地域 | １．堺市　　　２．堺市外の大阪府　　　３．その他都道府県 |

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、よろしくお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 研修の内容 | １．わかりやすかった　　　　２．まあまあわかりやすかった  ３．普通　４．少しわかりにくかった　５．わかりにくかった |
| 研修の時間 | １．長い　　　　２．ちょうど良い　　　　３．短い |
| 開催日（時期）・時刻・場所 | １．適当　　　　　２．不適当 　 ３．その他 |
| （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 | １．できる　　２．まあまあできる　　３．あまりできない　　　　　 ４．できない　 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 | 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。 |
| お名前 | 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。 |
| メールアドレス | 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。 |

※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。