

「令和４年度かかりつけ医認知症対応力向上研修会」
アンケートのお願い

* より良い研修会とするためにアンケートのご記入にご協力をお願いいたします。

１．本日の研修内容について

☐大変満足 ☐ほぼ満足 ☐やや不満 ☐大変不満
()

２．わかりやすさについて

☐大変満足 ☐ほぼ満足 ☐やや不満 ☐大変不満
()

３．本日の研修会の参加目的についてお伺いします。

☐ 認知症について研鑽を積むため
☐ 日医かかりつけ医機能研修制度の単位取得のため
☐ その他 ()

４．研修会の開催月についてお伺いします。

() 月頃開催希望

５．改善を要する点について

.....
.....

６．その他（感想等）

.....
.....

ご協力ありがとうございました。