

FAX送信先：045-680-1550（研修担当あて）

**令和4年度 医療・保健・衛生等研修
第6回「自閉症の方へのかかわり」アンケート**

氏名： _____ / 所属団体： _____

今回の研修内容についてお伺いします。該当するものに○印、または、記入をお願いします。

(1) 研修の内容はわかりやすかったですか？

	そう 思わ ない				そう 思 う
	1	2	3	4	

(2) 講師の説明はわかりやすかったですか？

	1	2	3	4
--	---	---	---	---

(3) 研修の設定はいかがでしたか？参加しやすい時間帯を選択してください。

午前（9時～12時の間） ・ 午後（13時～17時の間） ・ 夜間（18時～21時の間）

(6) 研修を受講して気づいたことや感想をご記入ください。

(7) 今後、どのような研修会に参加してみたいですか？（内容・形式など）

(8) 講師への質問がありましたら、ご記入ください。

※回答をご希望の方は、連絡先（電話番号・メールアドレス等）をご記入ください。

個別にご連絡させていただきます。

(9) その他ご意見等ありましたら、ご記入ください。

回答期限：2月9日（木）

ご協力ありがとうございました。 横浜市社会福祉協議会 障害者支援センター