

令和6年度 茨城県医療的ケア児等支援者養成・コーディネーター養成研修

アンケート

支援者養成研修・コーディネーター養成研修 ←いずれかに○を付けてください。

氏名： 受講番号： ←ご記入ください。

この度は、本研修にご参加いただき、ありがとうございました。今後の参考とさせていただくため、アンケートへのご協力をお願いします。今回の研修について率直なご意見・ご感想をお願いします。

1 該当する職種に○をつけてください。その他の職種は（ ）へ記載してください。

- ① 市町村等職員 ② 相談支援専門員 ③ 相談支援員 ④ 医療ソーシャルワーカー  
⑤ 保健師、看護師 ⑥ その他の職種（ ）

2 以下の質問について、1)は該当する箇所に○を、2)～4)はご自由にお書きください。

1) 研修内容は妥当でしたか。

4：そう思う

3：どちらかといえばそう思う

2：どちらかといえばそう思わない

1：そう思わない

2) 講師に一言お願いします（自由記載）

3) 今回の研修を、どのように今後の支援に役立てていきたいですか（自由記載）

4) 今回の研修についてのご意見・ご感想、今後の要望など（自由記載）