

◆薬剤師認知症対応力向上研修アンケート◆

(無記名でも可) 氏名: _____

本日は研修会へご参加いただきまして、誠にありがとうございます。
アンケートにご協力いただき、FAXにてご提出くださいますようお願い申し上げます。

I 性別 男 女

II 年代 20歳代 30歳代 40歳代
 50歳代 60歳代 70歳以上

III 勤務先 薬局 病院 その他 ()

IV- (1) 「かかりつけ薬剤師の役割」編の研修内容について

大変わかりやすかった わかりやすかった
 わかりにくかった 難しかった
 その他 ()

IV- (2) IV- (1) の回答に対するご意見、講義に関する感想等についてご記入ください。

()

V- (1) 「基本知識」編の研修内容について

大変わかりやすかった わかりやすかった
 わかりにくかった 難しかった
 その他 ()

※裏面への記入もお願いします

V- (2) V- (1) の回答に対するご意見、講義に関する感想等についてご記入下さい。

()

VI- (1) 「薬局業務における実践」編の研修内容について

大変わかりやすかった

わかりやすかった

わかりにくかった

難しかった

その他 ()

VI- (2) VI- (1) の回答に対するご意見、講義に関する感想等についてご記入ください。

()

VII- (1) 「地域・生活における実践」編の研修内容について

()

VIII 研修の運営、進行、会場等についてのご意見等がありましたら、ご記入ください。

()

ご協力ありがとうございました。

F A X 送信先

沖縄県薬剤師会事務局

0 9 8 - 9 6 3 - 8 9 3 2