

記入の上、令和2年8月31日までに返送してください。

集団指導参加整理票

| | | | |
|-------------------------------|---|--|------------------------------|
| 事業所所在地 | <input type="checkbox"/> 度会町 | <input type="checkbox"/> 南伊勢町 | <input type="checkbox"/> 大紀町 |
| 事業所名 (法人名ではありません) | | | |
| | 事業所名は、正確に記入ください | | |
| サービス種類 ※該当するものに○印を付けてください。 | 地域密着型通所介護 認知症対応型共同生活介護 認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護 地域密着型介護老人福祉施設 | 居宅介護支援 介護予防支援 訪問介護（総合事業） 通所介護（総合事業） | |

集団指導に関するアンケート

今後の集団指導運営の参考にするため、アンケートにご協力をお願いします。

Q1. 今回の集団指導の開催方法はどうか？

非常に満足 やや満足 どちらでもない やや不満 非常に不満

Q2. (Q1でやや不満、非常に不満を選択した方のみ)理由を以下に記載してください。

Q3. 今回の集団指導の資料はどうか？

非常に満足 やや満足 どちらでもない やや不満 非常に不満

Q4. (Q3でやや不満、非常に不満を選択した方のみ)理由を以下に記載してください。

Q5. 今回の集団指導の感想や、集団指導に対するご意見があればご記入ください。

以上でアンケートは終了となります。ご協力ありがとうございました。