

施設名			
担当者名			
開催日時	月	日 ()	時 分 ~ 時 分
講師名			
講座テーマ			
参加者の概要	受講者総数	内訳	看護職員 名 介護福祉士 名
			理学療法士 名 作業療法士 名 ケアマネージャー 名 事務職員 名
	名	その他 () () ()	
出前研修全般について	①担当者と講師の連絡は円滑に行えましたか。 <input type="checkbox"/> 出来た <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 出来なかった その理由 ()		
	②事前に研修目的を講師と十分に共有出来ましたか。 <input type="checkbox"/> 出来た <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 出来なかった その理由 ()		
	③事前に研修内容は講師と十分に共有出来ましたか。 <input type="checkbox"/> 出来た <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 出来なかった その理由 ()		
	④資料・機材の準備は問題なく出来ましたか。 <input type="checkbox"/> 出来た <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 出来なかった その理由 ()		
	⑤研修内容は期待通りの内容でしたか。 <input type="checkbox"/> 期待通り <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 期待外れだった その理由 ()		
	⑥資料は分かりやすかったですか。 <input type="checkbox"/> 分かりやすい <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 分かりにくい その理由 ()		
	⑦内容は理解できましたか。 <input type="checkbox"/> 理解できた <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 難しかった その理由 ()		
	⑧今後の「出前講座」の活用についていかがですか <input type="checkbox"/> また利用する <input type="checkbox"/> 検討する <input type="checkbox"/> 利用しない その理由 ()		
受講者の感想・反応			
その他 ご意見・感想	1. この度、当事業を利用した理由をお聞かせください。		
	2. 他機関・団体による同様の講師派遣プログラムを利用したことはありますか？ あれば、主催団体や内容、利用頻度を教えてください。		
	3. 講師や看護協会の対応、実施条件など、ご意見・ご感想を自由にご記入ください。		