令和2年度　医療連携研修　医療連携２　アンケート（医療職用）

1. 所属施設を教えて下さい（差し支えなければ）
2. あなたの職種を教えてください

1. 医師　　　　　　2. 看護師　　　　　3. リハビリ（PT・OT・ST）

4. 相談員　　　　　5. 薬剤師　　　　　6. 事務職

7. その他

1. 医療と介護の距離を縮めるためにケアマネジャーに望むことは何ですか？
2. どこで研修を受講しましたか？（複数選択可）

1. 自宅　　　　　　　　2. 職場　　　　　　　　3. その他

1. 受講にあたってどのような機器を使用しましたか？（複数選択可）

1. 個人のパソコン　　　　2. 会社のパソコン　　　　3. 個人のタブレット

4. 会社のタブレット　　　5. 個人のスマホ　　　　　6. 会社のスマホ

7. その他

1. 聴講中の不具合はありましたか？

1. 不具合はなかった　　　　　　　　　　2. 不具合があった

1. 聴講中の不具合があった方はお答えください。どんな不具合がありましたか？
2. 研修動画を視聴した感想をお聞かせください
3. その他、改善点や率直な意見をお聞かせください

|  |  |
| --- | --- |
| 課題の提出先 | Eメールの場合：keamane.hachiouji@gmail.com  FAXの場合：042-686-1088 （八王子介護支援専門員連絡協議会） |
| 提出期限 | 令和2年9月24日（木）まで |