（提出日）令和　年　　月　　日

（サービス種類）

（事業所名）

（ご担当者）

高知市介護保険課事業係　行き

FAX：０８８－８２４－８３９０

E-mail：kc-110100@city.kochi.lg.jp

令和３年度第２回介護サービス事業所向け研修  
　～実地指導・監査・行政処分～　アンケート

**研修を受講いただき，ありがとうございました。**

**今後も，感染症拡大の防止や効率的な受講のため，Web上での研修会を継続していきたいと考えております。つきましては，今後の研修会をより良いものとしていくため，ご意見をお聞かせください。**

1. **受講された人数**　　　　　名
2. **下記項目について，あてはまる番号を選んでください。**

（事業所でまとめての提出の場合は，一番多かったご意見の番号を選択してください。）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **イ）音声の大きさ** | 小さい | ← | ふつう | → | 大きい |
| １ | ２ | ３ | ４ | ５ |
| **ロ）しゃべる速さ** | 速い | ← | ふつう | → | 遅い |
| １ | ２ | ３ | ４ | ５ |
| **ハ）動画の時間** | 短い | ← | ふつう | → | 長い |
| １ | ２ | ３ | ４ | ５ |
| **ニ）スライドの見やすさ** | 見にくい | ← | ふつう | → | 見やすい |
| １ | ２ | ３ | ４ | ５ |
| **ホ）内容のわかりやすさ** | 分かりにくい | ← | ふつう | → | 分かりやすい |
| １ | ２ | ３ | ４ | ５ |

**３．自由意見（感想，質問，取り上げてほしいテーマ等ご記入ください）**