（提出日）　　令和５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-110101@city.kochi.lg.jp

令和５年度第１回介護サービス事業者向け研修　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** | とても小さい | 小さい | ちょうどよい | 大きい | とても大きい |
| **１** | **２** | **３** | **４** | **５** |
| **ロ）しゃべる速さ** | とても速い | 速い | ちょうどよい | 遅い | とても遅い |
| **１** | **２** | **３** | **４** | **５** |
| **ハ）動画の時間** | とても短い | 短い | ちょうどよい | 長い | とても長い |
| **１** | **２** | **３** | **４** | **５** |
| **ニ）スライドの見やすさ** | とても見にくい | 見にくい | 普通 | 見やすい | とても見やすい |
| **１** | **２** | **３** | **４** | **５** |
| **ホ）内容のわかりやすさ** | とても分かりにくい | 分かりにくい | 普通 | 分かりやすい | とても分かりやすい |
| **１** | **２** | **３** | **４** | **５** |

1. **今回の研修を受講して気付いた事や，今後の対応に活かしたい事がありましたら，ご記入ください。**