**【別紙5】郵送用**

**介護福祉施設等研修講師派遣アンケート（研修担当者のみ）**

　この度は、介護・福祉施設等研修講師派遣事業にご依頼頂き、ありがとうございました。今後の研修をより充実したものにするためにアンケートにご協力お願いいたします。ご記入いただいた内容を秋田県基金事業の報告として提出させて頂きます。また、匿名化したデータとして協会広報誌・ホームページや外部の学会・研修会で公開する場合がございます。ご理解を頂いて、提出をもって同意とさせていただきます。

　なお、お手数ですがご記入後、同封した返信用封筒でお送りくださいますようお願いいたします。

* 施設名
* 専門・認定看護師分野

1.今回の講師派遣研修の満足度について（数字に〇）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ４ | 3 | 2 | 1 |
| 大変満足 | やや満足 | やや不満 | 不満 |

2.今回の研修内容の目標達成について（数字に〇）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ４ | 3 | 2 | 1 |
| 達成できた | やや達成できた | あまり達成できなかった | 達成できなかった |

3.研修内容は、自施設の業務に役立つものでしたか（数字に〇）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ４ | 3 | 2 | 1 |
| 役立つ | やや役立つ | あまり役立たない | 役立たない |

4.今回の研修の効果であてはまるものは何ですか（複数可、数字に〇）

　①　自施設の看護職が多数で同じ学びができる

　②　自施設の多職種が同じ学びができる。

　③　自施設にあったテーマを提案できる。

　④　移動時間が省ける。

　⑤　専門・認定看護師に直接質問相談ができる。

　⑥　他院の看護職（専門・認定看護師）との連携につながる。

　⑦　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

5. その他ご意見がありましたら、ご記入ください（当協会からの配布資料や打合せ方法など）