**令和５年度 愛媛県ノーリフティングケア普及啓発事業**

**マネジメント研修　参加者アンケート**

愛媛県社会福祉協議会

今後の参考にさせていただきますので、アンケートへのご協力をお願いします。

（該当する項目を○で囲み、スペースにはご意見、ご感想をお書きください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |

１　開催時間について、いかがでしたか。（該当に☑）

　　[ ] 　長かった　　　[ ] 　ちょうどよかった　　　[ ] 　短かった

２　研修の内容は、総合的に評価していかがでしたか。（該当に☑）

　　[ ] 　満足　　　　　[ ] 　概ね満足　　　　[ ] 　やや不満　　　　　[ ] 　不満

３　研修の感想・意見をお聞かせください。

|  |
| --- |
| 事業説明「ノーリフティングケア普及啓発事業」 |
|  |
| 講義「安心して働き続けることができる職場を作るためのノーリフティングケア」 |
|  |
| 事例報告「ノーリフティングケア導入による効果等について」 |
|  |
| まとめ「今後の事業展開等について」 |
|  |

４　ノーリフティングケア推進事業所に、応募してみたいと思いますか。（該当に☑）

　　[ ] 　応募したい　　　[ ] 　応募したくない　　　[ ] 　検討したい

５　今後の研修で取り上げてほしいプログラム等がありましたら、ご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

６　その他、講師や事務局に伝えたいことがありましたらご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

ご協力ありがとうございました。