

研修会アンケートと評価(実習研修)

実習研修会はいかがでしたか、下記の事項についてご記入ください。

実習日時	年 月 日 : ~ 年 月 日 :		
研修会の名称			
研修者氏名	(必ず記入)	研修場所	第1会場: 第2会場:

番号に○をつけてください

①	開催日は	1 適当 2 不適当 要望()		
②	開催時間は	1 適当 2 不適当 要望()		
③	会場へのアクセスは	第1会場	1 適当(わかりやすい、近い) 2 不適当(わかりにくい、遠い)	
		第2会場	1 適当(わかりやすい、近い) 2 不適当(わかりにくい、遠い)	
④	会場の環境は	第1会場	1 適当(広い、静か、空調良) 2 不適当(狭い、騒音、空調不良)	
		第2会場	1 適当(広い、静か、空調良) 2 不適当(狭い、騒音、空調不良)	
⑤	研修場所としては	第1会場	1 適当(設備良好、実習向き) 2 不適当(設備不良、実習不向き)	
		第2会場	1 適当(設備良好、実習向き) 2 不適当(設備不良、実習不向き)	
⑥	研修時間は	実習説明等	1 適当である 2 長くだらだらしている 3 時間が足りない	
		実技講習等	1 適当である 2 長くだらだらしている 3 時間が足りない	
		気づいたことなどを記入		
⑦	研修内容の評価は	実習説明等	1 豊富で満足 2 まあまあ 3 不十分で物足りない	
		実技講習等	1 豊富で満足 2 まあまあ 3 不十分で物足りない	
		評価できる点、できない点など記入		
⑧	研修は役に立ちますか	日常業務で	1 かなり役立つ 2 一部役立つ 3 あまり役立たない	
		指導者として	1 かなり役立つ 2 一部役立つ 3 あまり役立たない	
⑨	今後取入れてもらいたい実習テーマはありますか			
⑩	研修方法等について意見・提案がありますか			

(研修実施者は、皆様の個人情報を厳重に守ります)

実施依頼者: (公社)石川県薬剤師会 石川県薬剤師研修センター 認定薬剤師研修制度委員会