

# サロンリハビリテーション（サロンリハ）実施後アンケート

今後の活動の参考にさせて頂くため、お忙しいところ大変恐縮ではございますが、下記の質問に回答頂き、1ヶ月後までに提出してください。ご協力宜しくお願い致します。

\*アンケートの詳細確認のために連絡させて頂く場合がございます。

<団体名>

<記入者>

<連絡先> 電話

Mail

## 1. 実施日時について

年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分

## 2. 感想について

以下の当てはまるものにチェックをつけて下さい。

### ① サロンリハを受けていかがでしたか。(全体的な感想)

大変良かった

普通

良くなかった

### ② サロンリハの申し込み等の手続き方法はいかがでしたか。

簡単だった

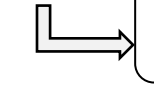
普通

難しかった

### ③ 講師の指導内容において、サロン等を開催している皆様に参考になったことはありますか。

無

有

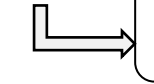


)

### ④ 講師の指導内容において、参加者に参考になったことはあると思いますか。

無

有



)

### ⑤ 講師の指導内容の時間の配分はいかがでしたか。

長かった

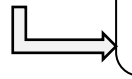
丁度良かった

短かった

### ⑥ 次回も受けたいと思いますか。

受けたい

受けたくない



理由

)

## 3. 意見、要望等があればご記入ください。

( )

提出先

事務担当 茅ヶ崎市高齢福祉課 相談支援担当

連絡先 TEL 0467-81-7163

FAX 0467-82-1435

Mail kourei@city.chigasaki.kanagawa.jp