様式③　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**助産所研修アンケート**

一般社団法人埼玉県助産師会

**今回は助産所研修にご参加いただきありがとうございました。**

**今後の参考にしたいと思いますので、ご記入をお願いいたします。**

**１.ご自身について教えて下さい。あてはまるものに○をつけてください。**

1）会員、非会員の有無　　：　会員の方は部会と地区名について。

**会員**　（　 助産所部会　・　勤務助産師部会　・ 保健指導部会　）　　（　　　　　　　　　）県　　（　　　　　　　　　地区）

**非会員**（　　　　）

2）年齢　（　　　　）歳代

3）助産師としての経験年数　（約　　　　　年）

4）就業形態：複数回答可

（　　）開業助産師　→　分娩取り扱い（　　有　・　無　　）　　（　　）助産所勤務　　（　　）病院勤務 　（　　）診療所勤務　　（　　）教育機関　　　（　　）保健所・保健センター　　　（　　）その他 (　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

**２.助産所研修制度~~は~~どのような方法で知りましたか。 ○をつけてください。　複数回答可**

　（ 　 ）埼玉県助産師会ホームページ　　　（ ）地区定例会等　 　（　 ）職場で

（ 　）埼玉県看護協会から　　　　　　　　　（　　）チラシ　　　　　　　　（ 　 ）その他（　　　　　　　　 　　　）

**３. 助産所研修内容はいかがでしたか。 〇印をつけ、ご感想・ご意見をお聞かせ下さい。**

1）　（　　）とても満足　　（　　）ほぼ満足　　（　　）どちらともいえない　　（　　）やや不満　　（　　）不満

（感想　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

2）　研修内容は、今後あなたの活動に活用できると思いますか。

（　 ）多いに活用できる　（　　）ほぼ活用できる　（　　）どちらともいえない　（　　）一部活用できる

（　　）あまり活用できない

**４．助産所研修の全体としてはいかがでしたか。 〇印をつけ、ご感想・ご意見をお聞かせ下さい。**

1） 研修先について

（　　）とても満足　　（　　）ほぼ満足　　（　　）どちらともいえない　　（　　）やや不満　　（　　）不満

（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）

2） 研修料について

（　　）とても満足　　（　　）ほぼ満足　　（　　）どちらともいえない　　（　　）やや不満　　（　　）不満

（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

3）その他のご意見・ご感想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。　研修終了後1週間以内にこのアンケートをメールにて提出してください。**

**メールの宛先：mw-saitama@royal.ocn.ne.jp**

**なお、このアンケートは「助産所研修制度」の運営に関する目的以外には使用いたしません。**