**秋田県薬剤師会　行　　FAX 018-835-2576**

**研修会受講確認書　兼　アンケート**

**かかりつけ医認知症対応力向上研修会Ⅰ（1/5～1/26）**

※ご氏名　　　　　　　　　　　　　　　勤務先

生年月日（本会会員外の方）：

お忙しいところ、本研修会をご受講いただきありがとうございました。

今後の業務の参考とするため、研修会受講確認書兼アンケートに御協力をお願いします。

なお、ライブ配信・オンデマンド配信にてご受講の方は、この研修会受講確認書の提出をもって受講したものとみなします。

（１）あなたの職種を教えてください。（いずれかに○、その他の場合は記載）

a．医師　　b．歯科医師 　　c．薬剤師　 d．看護師

e．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（２）本日の研修会についてお伺いします。

①本日の研修会の内容は、参考になりましたか。（いずれかに○）

a．とても参考になった　　b．参考になった　　c．参考にならなかった

(３)特に、研修会のどの部分が参考になりましたか。※必須項目

（４）全体を通しての意見・感想について御記入をお願いします。※必須項目

以上です。ありがとうございました。