**送付先：岐阜県医師会事務局（FAX：058-271-1651　E-mail：aitoh-j@gifu.med.or.jp）**

**受講者アンケート**

　氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属：　　　　　　　　大学　　　　　　　年生

１．受講内容についてご記入ください。

　・受講日（　令和　　　年　　　月　　　日　～　令和　　　年　　　月　　　日）

　・受入医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２．本事業はどこで知りましたか。（いずれかに○印を付けてください。複数回答可）

　ａ．大学からの案内メール　　　ｂ．大学内掲示物

　ｃ．大学の講義等（講義名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　ｄ．受入医療機関からの案内　　ｅ．紹介（紹介者氏名　　　　　　　　　　　　　　）

　ｆ．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３．本事業の受講を希望した理由は何ですか。

|  |
| --- |
|  |

４受講した感想（新しく気付いたことやうまくいかなかったこと等）をご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

５．今後、地域体験実習及び在宅医療体験実習において学びたい内容や、本事業に対する要望等をご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

（ご協力ありがとうございました。）

※振込口座申請書を合わせてご提出ください。書類確認後、交通費を振込いたします。