

## 動画視聴方法

1 地域を選択してください

地域	<input type="text" value="函館"/>
施設名	<input type="text"/>
人数	<input type="text"/>
パスワード	<input type="text"/>
<input type="button" value="送信する"/>	

2

3 視聴人数をご入力ください

4

1~4 全てご入力の上  
「送信する」をおしてください。

## アンケート 送信方法

研修アンケート

本アンケートをご利用いただき、誠にありがとうございます。  
当センターでは、より良い研修を行いたいと考えております。  
皆様のお寄せのご意見を是非お聞かせください。

所属機関をお聞かせください。  
 医療機関  介護機関  教育機関  その他

ご参加いただいた方、各々の【職種】をお聞かせください。  
 医師  歯科医師  薬剤師  保健師  看護師  ケアマネジャー  相談員  
 介護職員  歯科衛生士  栄養士  リハビリスタッフ  柔道整復師  
 鍼灸師・マッサージ師  福祉用具関連  事務員  教員  学生  その他

ご参加いただいた方、各々の【人数】をお聞かせください。

今回の研修はいかがでしたか？  
 よかった  どちらともいえない  よくなかった

今後、どのような内容の研修会を希望されますか？

ご質問がございましたらご記入ください。後日、当センターへお返します。

1

「確認画面へ」をおしてください

2

その後、確認画面が表示されます。  
「送信する」をおして、送信完了です。

