

## 新宮町地域健康教室実施報告書

年 月 日

新宮町長 様

団体名、行政区

代表者名

連絡先

下記のとおり地域健康教室を実施しましたので報告します。

実施日時	年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分
実施場所	
講座名、番号	番
参加人数	人 (うちスタッフ数 人) 男性 人 ・ 女性 人
内容	

(注意事項)

代表者は、報告書を受講後14日以内に新宮町地域包括支援センターへ提出してください。

※裏面、地域健康教室についてのアンケートのご協力をお願いします。

ウラ面へ



# 地域健康教室アンケート

地域健康教室のご利用ありがとうございました。

今後の参考にいたしますので、次のアンケートへのご協力をお願いいたします。

該当するところに☑をつけてください。

① 今回受けた講座を選んだ理由（複数回答可）

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 介護予防に役立ちそうだから    | <input type="checkbox"/> 興味があったから           |
| <input type="checkbox"/> サロン参加者の希望が多かったから | <input type="checkbox"/> 参加者が無理なく参加できる内容だから |
| <input type="checkbox"/> その他（             | ）   |

② 講座の内容はいかがでした？

- |                                  |                                    |
|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> とても良かった | <input type="checkbox"/> 良かった      |
| <input type="checkbox"/> 普通      | <input type="checkbox"/> あまり良くなかった |
| <input type="checkbox"/> 良くなかった  |                                    |

（理由をご記入ください）

③ 受講した感想・参加者の様子をお聞かせください。

--

④ 今後地域健康教室で取り入れてほしい内容・テーマがございましたら教えてください。

--

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。