認知症ステップアップ研修アンケート

|  |  |
| --- | --- |
| 開催日時 | 　　　　年　　月　　日（　　） |
| 会場名称 |  |
| 研修団体・グループ名 |  |
| 研修対象者 |  |
| 参加人数 | 　　　　　　　　　　 名 |
| アンケート回収数 | 　　　　　　　　　　　 部 |

【回収したアンケートについて】

※この用紙は、開催日時等をご記入のうえアンケートに必ずつけてください。

※原本またはコピーしたものを桐生市役所 健康長寿課 長寿支援係

認知症施策担当または、レターボックス（桐生市医師会）へ提出ください。