

# 講座視聴後アンケート

必須項目を入力いただき、動画を視聴した講座に関するアンケートの記入にご協力をお願いいたします。

※**申請者様、配偶者様ともに記入と提出**をお願いします。

※プレコンセプションケアに関する講座の記入欄は裏面にあります。

受講終了日（必須）		令和 年 月 日		
氏 名				
(受講者のみ)  ライフデザイン支援講座	視聴した動画	<input type="checkbox"/> 滋賀県オンラインライフデザインセミナー <input type="checkbox"/> 職場の未来デザイン！チャンネル【女性の健康編】		
	1. 講座を受講して気づきがありましたか。			
	<input type="checkbox"/>	とてもあった	<input type="checkbox"/>	あった
	<input type="checkbox"/>	どちらでもない	<input type="checkbox"/>	なかった
	<input type="checkbox"/>	全くなかった		
	2. 講座等を受講して気づいたことを記入してください。			
	3. 受講してライフデザインの大切さを感じられましたか。			
	<input type="checkbox"/>	とても感じた	<input type="checkbox"/>	感じた
	<input type="checkbox"/>	どちらでもない	<input type="checkbox"/>	感じなかった
	<input type="checkbox"/>	全く感じなかった		
	4. 3で回答したその理由をお答えください。			
5. その他、ご意見ご要望ご感想などお聞かせください				
(受講者のみ)  共家事・子育て講座	視聴した動画	<input type="checkbox"/> 職場の未来デザイン！チャンネル【男性育休編】 <input type="checkbox"/> 職場の未来デザイン！チャンネル【家事シェア編】		
	1. 動画の内容は分かりやすかったですか。			
	<input type="checkbox"/>	とても分かりやすかった	<input type="checkbox"/>	分かりやすかった
	<input type="checkbox"/>	普通	<input type="checkbox"/>	わかりにくかった
	<input type="checkbox"/>	とてもわかりにくかった		
	2. 動画で取り上げられたテーマや話題は役立ちましたか？			
	<input type="checkbox"/>	とても役立った	<input type="checkbox"/>	役立った
	<input type="checkbox"/>	どちらとも言えない	<input type="checkbox"/>	あまり役立たなかった
	<input type="checkbox"/>	全く役立たなかった		
	3. 動画を見て、ご自身の共家事・子育てに対する意識が変わりましたか。			
	<input type="checkbox"/>	大きく変わった	<input type="checkbox"/>	少し変わった
	<input type="checkbox"/>	あまり変わらなかった	<input type="checkbox"/>	全く変わらなかった
4. 3で回答した項目について、その理由をお答えください。				
5. その他、ご意見ご要望ご感想などお聞かせください				

(裏面へ)

# 講座視聴後アンケート

(受講者のみ)  プレ コ セ プ シ ョ ン ケ ア に 関 する 講 座	1. 動画全体の満足度について			
	<input type="checkbox"/>	とても満足	<input type="checkbox"/>	満足
	<input type="checkbox"/>	どちらでもない	<input type="checkbox"/>	不満
	<input type="checkbox"/>	とても不満		
	2. プレコンセプションケアの重要性について、理解が深まりましたか？			
	<input type="checkbox"/>	とてもよく理解できた	<input type="checkbox"/>	理解できた
	<input type="checkbox"/>	どちらとも言えない	<input type="checkbox"/>	あまり理解できなかった
	<input type="checkbox"/>	全く理解できなかった		
	3. プレコンノートに記載されている「5つのアクション」で関心のあった項目について選択してください。【複数回答可】			
	<input type="checkbox"/>	Action1 いまの自分を知ろう	<input type="checkbox"/>	Action2 生活を整えよう
	<input type="checkbox"/>	Action3 検査やワクチンを受けよう	<input type="checkbox"/>	Action4 かかりつけ医を持とう
	<input type="checkbox"/>	Action5 人生をデザインしてみよう		
	4. 3で回答した項目について、その理由をお答えください。			
	5. プレコンセプションケアという言葉を知っています（した）か。			
	<input type="checkbox"/>	意味を含めて知っている	<input type="checkbox"/>	聞いたことはあるが詳しく知らない
	<input type="checkbox"/>	知らない（聞いたことがない）		
	6. ライフプラン（ライフデザイン）の変更に繋がったか。（行動しようと思ったことがあったか。）			
	<input type="checkbox"/>	繋がった	<input type="checkbox"/>	繋がらなかった
	7. その他、ご意見ご要望ご感想などお聞かせください			

ご協力ありがとうございました。