

ペアレント・メンター活用事業に関するアンケート

◆今後の事業の参考にさせていただきますので、差し支えない範囲でご感想をお聞かせください。

①お名前:
②所属名(依頼機関):
③職種(保護者、教員、保健師等):
④実施日: 年 月 日()
⑤今回の内容(あてはまるところにチェックを入れてください。複数回答可) <input type="checkbox"/> 理解・啓発研修 <input type="checkbox"/> 茶話会・座談会参加 <input type="checkbox"/> 個別相談 <input type="checkbox"/> グループ相談 <input type="checkbox"/> ペアレント・トレーニング <input type="checkbox"/> 支援ツールの紹介 <input type="checkbox"/> その他()
⑥派遣を依頼された回数(あてはまるところにチェックを入れてください。) <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回以上()回
⑦ペアレント・メンター事業を活用して良かった点や参考になった点等、ご記入ください。
⑧ご意見、ご感想等がございましたら、ご入力ください。
⑨ご興味のある内容にチェックを入れてください。(複数回答可) <input type="checkbox"/> 理解・啓発研修(体験談等) <input type="checkbox"/> 茶話会・座談会参加 <input type="checkbox"/> 個別相談 <input type="checkbox"/> グループ相談 <input type="checkbox"/> ペアレント・トレーニング <input type="checkbox"/> 支援ツールの紹介 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> その他()

ご協力ありがとうございました。

送付先:ペアレント・メンター島根 東部事務局 郵送:〒693-0011 出雲市大津町1139 出雲合同庁舎内1F <b style="text-align: center;">島根県東部発達障害者支援センター ウィッシュ Fax:050-3730-9745 E-mail:wish@sazanami-g.jp
--