

※ 返信は ⇒ FAX : 0896-24-1007 ・ E-mail : hiroki@rwf.ac.or.jp

会員支援部アンケート回答用紙

設問(簡略化した表記にしています)	回答:該当する番号に○を付けてください。その他は、具体的ごに記入ください。													
I.性別	1	2												
II.経験年数	1	2	3	4	5									
III.所属施設(分類)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
IV.所属施設(病期)	1	2	3	4	5									
V.役職	1	2	3	4	5	6	7	8	9					
VI.施設内理学療法士数	1	2	3	4	5	6	7	8						
VII.部門長の性別	1	2												
VIII.部門長の年代	1:													
IX. A) 悩み	1	2	3	4										
IX. B) 相談相手・手段	1	2	3	4										
X. A) 人間関係(対職員)	1	2	3	4										
X. B) 人間関係(对患者)	1	2	3	4										
X. C) 職場内指導・教育	1	2	3	4										
X. D) 実習生・学生指導	1	2	3	4										
X. E) 診療・介護報酬	1	2	3	4										
X. F) 家庭のこと	1	2	3	4										
X. G) 自身のキャリア	1	2	3	4										
XI. A) 生理休暇制度	1	2	3	4										
XI. B) 産前産後休暇制度	1	2	3	4										
XI. C) 育児・介護休暇制度	1	2	3	4										
XI. D) 育児時間制度	1	2	3	4										
XI. E) 母性健康管理制度	1	2	3	4										
XI. F) 介護休暇制度	1	2	3	4										
XI. G) 短時間勤務・フレックスタイム制度	1	2	3	4										
XI. H) 妊活休暇(休業)制度	1	2	3	4										
XI. I) 妊活助成金支援制度(行政の制度)	1	2	3	4										
XII. A) 日程・時間が合わない	1	2	3	4										
XII. B) 場所が遠い	1	2	3	4										
XII. C) 興味のある内容が少ない	1	2	3	4										
XII. D) 受講・参加費が高い	1	2	3	4										
XII. E) 交通費が高い・手段がない	1	2	3	4										
XII. F) 家庭の事情	1	2	3	4										
X III.A) 認定理学療法士	1	2	3											
X III.B) 専門理学療法士	1	2	3											
X IV.指定規則改定	1	2												
X V.A) 臨床実習指導者講習会参加	1	2												
X V.B) 長期講習会参加	1	2												
X VI. 休会・離職状況	1	2	3	4	5									
X VII. 復会・復職	1	2	3	4	5	6								
X VIII. A) 介護予防・体力測定等	1	2	3	4										
X VIII. B) スポーツ支援	1	2	3	4										
X VIII. C) 地域包括ケア関係	1	2	3	4										
X VIII. D) 研修会等の企画運営	1	2	3	4										
X IX. 県士会へ: 支援してほしいこと等														
X X. 県士会へ: 意見・要望等														
* 差し支えなければ・・・所属・氏名	所属:								氏名:					