ＣＳＴ実施後アンケート

この度は、大阪歯科大学ＣＳＴにご参加いただき、ありがとうございました。

今後のＣＳＴをより質の高いものにするため、下記のアンケートにご回答をぜひお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 研修等の名称 | （全　　　 回の　　　 回目） |
| 実　施　日 | 　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
|  |  |
| 氏　　 　名 |  |
| 所　　 　属 |  |
| 職　　　 歴 | 歯科医師　　　　　　　年　・　医師　　　　　　　年その他（　　　　　　　　　　　　　）　　　　年 |

**Q1. 今回のＣＳＴの有益度****［　　］**

 1. 大変有益であった　　2. 有益であった　 3. さほど有益でなかった　　4. 有益でなかった

**Q2. 今回のＣＳＴ参加によるご自身のスキルアップについて　［　　］**

 1. 非常に実感できた　　2. 実感できた　　 3. さほど実感できなかった　4. 実感できなかった

**Q3. 今回と同様の研修を他の歯科医師（医師）にも薦めますか？　［　　］**

 1. 強く薦める　　　　　2. 薦める　　　　 3. あまり薦めない　　　　　4. 全く薦めない

**1または2と答えられた方は、対象としてどの程度経験のある歯科医師（医師）が適当だと思いますか？**

 A.

**Q4. ＣＳＴに使用されたご遺体の固定等の状態に関して、率直なフィードバックをお願いします。**

例）今回行った〇〇には△△な点で適性がある/不適である。　など

**次ベージに続く**

**Q5. ＣＳＴ全体に関して、今回参加されたご感想をお願いします。**

例）○○な点が良かった。　△△を改善すべきである。　など

**Q6. 今回の研修以外に参加したい内容がありましたら、簡単にご説明ください。**

**ご協力ありがとうございました。**

大阪歯科大学ＣＳＴに関するお問い合わせ先

大阪歯科大学　解剖学講座

教授　上村　守

mamoru-u@cc.osaka-dent.ac.jp

072-864-3052（内線3220）