

大阪市こころの健康センター宛

FAX:06-6922-8526

大阪市地域生活移行推進事業についてのアンケート

1. 大阪市地域生活移行推進事業のことを知っていますか
・よく知っている ・少し知っている ・全く知らない
2. 同封の説明ビラで事業の内容を理解していただけましたか
・理解できた ・大体理解できた ・あまり理解できなかった ・全く理解できなかった
3. 事業を利用してみたいと思いますか
・対象者がいるので利用したい ・利用してみたいが対象者が思い当たらない
・利用したいと思わない(理由 _____)
4. もう少し詳しく事業の説明を聞きたいと思いますか
・思う ・思わない
5. その他意見等自由にお書きください

▶ ※3で『対象者がいるので利用したい』、4で『事業の説明を聞きたいと思う』と回答された方は下記にご記入ください。こちらから改めてご連絡させていただきます。

貴病院名: _____

ご連絡先: _____

ご担当者: _____

お忙しい中ご協力いただき誠にありがとうございました