

【追加申込み依頼票】

.....

送信先	F A X	0 3 - 5 3 6 6 - 1 0 5 8
-----	-------	--------------------------------

(公社) 日本医療社会福祉協会 行

「交通事故被害者 生活支援連携手帳」追加依頼票

以下のとおり「交通事故被害者 生活支援連携手帳」の追加注文を希望します。

お名前		
ご連絡先	施設名：	所属部署：
	〒	
	電話：	FAX：
送り先	*上記と異なる場合のみご記入ください	
追加注文部数	部 ※10部単位でご記入ください。(最大 50 部)	
その他	*交通事故被害者生活支援教育および当連携手帳等に関するご意見、ご要望等がありましたらご記入ください。	

交通事故被害者生活支援連携手帳に関するアンケートのお願い

送信先 F A X **0 3 - 5 3 6 6 - 1 0 5 8**

(公社) 日本医療社会福祉協会 行

「交通事故被害者 生活支援連携手帳」アンケート

ご使用に際し、皆様からのご意見を頂戴し、この手帳の普及を目指していきたいと考えております。アンケートにご協力お願いいたします。

交通事故被害者生活支援教育研修担当チーム

1. 交通事故被害者生活支援連携手帳に記載する情報について
 - a. 現状でよい。
 - b. 記載内容が多すぎる。
→ b. と回答された方は必要ないと思われる部分はどこですか。
()
 - c. 記載する内容が不十分である。
→ c. と回答された方は具体的にどのような内容ですか。
()
2. 交通事故被害者生活支援連携手帳の記入に際して、困った部分がありますか。
 - a. ない。
 - b. ある。
→ b. と回答された方は具体的にどのような内容ですか。
()
3. 交通事故被害者生活支援連携手帳を今後活用したいと思いますか。
 - a. 大いに活用したい。
 - b. 対象の患者がいれば使ってみたい。
 - c. 対象の患者はいるが活用したくない。
→ c. と回答された方はその理由
()
 - d. 対象の患者がいないので、活用する機会がない。
4. 今後この連携手帳を積極的に使っていただくモニターとして登録し、ご意見をいただくことが可能ですか。
 - a. モニターとして協力したい。
→ a. と回答された方は所属機関とお名前を教えてください。
所属機関名 ()
氏名 ()
所属機関住所 ()
 - b. モニターとしての協力はできない。
5. その他、連携手帳に関してのご意見やご要望があればご記入ください。

アンケートにご協力いただきありがとうございました。