

## 病院見学後アンケート

見学日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 性別  男 ・  女

学校名 \_\_\_\_\_ (西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月  卒業  卒業見込み)

連絡先本人住所 (看護師募集パンフレットが更新されたなどの場合の郵送に使用します) **任意記載**

〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 都道府県 \_\_\_\_\_ 市郡

\_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **任意記載**

Q1. 病院見学会をどのようにして知りましたか？

[ ]

Q2. 当院の病院ホームページや、看護師募集パンフレットは就職活動に役立ちましたか？

[ ]

Q3. 当院の奨学金制度 (年度による) について理解できましたか？

[ ]

Q4. 当院の看護部が求める看護師像を理解できましたか？

[ ]

Q5. 当院の看護教育研修体制の概要について理解できましたか？

[ ]

Q6. 当院の各部署を見学して感じた印象を最低2つ以上お願いします。

[ ]

Q7. 本日の先輩看護師たちの病院案内はどうでしたか？

[ ]



柳井医療センターゆるキャラ：やなぎよ

アンケートへのご協力ありがとうございました。