

(様式第2号)

あて先 黒川地区地域医療対策委員会会長宛（塩釜保健所黒川支所地域保健班扱い） FAX 358-1110	件名 脱メタボ！フードモデル等 教材利用アンケート	送信者（公印不要）
---	---------------------------------	-----------

記入者名 \_\_\_\_\_

1 教材使用期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

2 利用教材

- フードモデル
- パルスオキシメータ  $\alpha$ （血管年代測定機能付）
- パネル

3 教材の活用方法

- 教材を展示した（場所： \_\_\_\_\_）
- 授業や講座などで使用した
- その他（ \_\_\_\_\_）

4 対象者及び人数等

対象者：
人数： _____ 人

5 対象者の反応等

--

6 教材の改善点や新しい教材のご希望等（ご自由にご記入ください）

--

7 教材返却時チェックリストを添付して下さい。

こちらのアンケートは、教材の返却時に併せて御提出願います。

<お問い合わせ先>

黒川地区地域医療対策委員会事務局（宮城県塩釜保健所黒川支所地域保健班内）  
〒981-3304 富谷市ひより台二丁目42の2  
TEL 022-358-1111 FAX 022-358-1110