

ライフデザイン支援講座視聴後アンケート

動画のご視聴ありがとうございました。
以下のアンケートにご協力ください。※原則当てはまるものを1つ選んでください。

記入日	年 月 日										
世帯情報	申請者氏名										
	夫の年代	<input type="checkbox"/>	10代	<input type="checkbox"/>	20～24歳	<input type="checkbox"/>	25～29歳	<input type="checkbox"/>	30～34歳	<input type="checkbox"/>	35～39歳
	妻の年代	<input type="checkbox"/>	10代	<input type="checkbox"/>	20～24歳	<input type="checkbox"/>	25～29歳	<input type="checkbox"/>	30～34歳	<input type="checkbox"/>	35～39歳
視聴した動画	<input type="checkbox"/> 滋賀県オンラインライフデザインセミナー <input type="checkbox"/> 職場の未来デザイン！チャンネル【女性の健康編】										
1. 講座を受講して気づきがありましたか。											
<input type="checkbox"/>	とてもあった				<input type="checkbox"/>	あった					
<input type="checkbox"/>	どちらでもない				<input type="checkbox"/>	なかった					
<input type="checkbox"/>	全くなかった										
2. 講座等を受講して気づいたことを記入してください。											
3. 受講してライフデザインの大切さを感じられましたか。											
<input type="checkbox"/>	とても感じた				<input type="checkbox"/>	感じた					
<input type="checkbox"/>	どちらでもない				<input type="checkbox"/>	感じなかった					
<input type="checkbox"/>	全く感じなかった										
4. 3で回答したその理由をお答えください。											
5. その他、ご意見ご要望ご感想などお聞かせください											

ご協力ありがとうございました。