

# 受講証明書

提出日	年	月	日
受講日	年	月	日
ご署名	夫		
	妻		
キーワード			

受講いただいた、プレコンセプションケアに関する講座について、アンケートにご協力ください。

<b>1 今回の講座を通じて、プレコンセプションケアの重要性について理解が深まりましたか？</b>			
<input type="checkbox"/>	非常に深まった	<input type="checkbox"/>	あまり深まらなかった
<input type="checkbox"/>	やや深まった	<input type="checkbox"/>	全く深まらなかった
<input type="checkbox"/>	どちらともいえない	<input type="checkbox"/>	その他（ ）
<b>2 講座で学んだ内容を、ご自身の日常生活や健康管理に取り入れたいと思いますか？</b>			
<input type="checkbox"/>	すぐに取り入れたい	<input type="checkbox"/>	あまり取り入れたいとは思わない
<input type="checkbox"/>	取り入れたいと思う	<input type="checkbox"/>	取り入れたいとは思わない
<input type="checkbox"/>	機会があれば取り入れたい	<input type="checkbox"/>	その他（ ）
<b>3 講座の中で特に印象に残ったテーマや内容は何ですか？（複数選択可）</b>			
<input type="checkbox"/>	人生をデザインしよう	<input type="checkbox"/>	磐田市のサポート
<input type="checkbox"/>	健康的な生活習慣	<input type="checkbox"/>	その他（ ）
<input type="checkbox"/>	妊娠と年齢について	<input type="checkbox"/>	
<b>4 この講座を受講する前と比べて、ご自身の健康管理に対する意識に変化はありましたか？</b>			
<input type="checkbox"/>	大きく変化した	<input type="checkbox"/>	あまり変化しなかった
<input type="checkbox"/>	やや変化した	<input type="checkbox"/>	全く変化しなかった
<input type="checkbox"/>	どちらともいえない	<input type="checkbox"/>	その他（ ）
今後、プレコンセプションケアに関して学びたい内容や、講座の改善点があれば教えてください。（自由記述）			