**申込期限：2020年 1月31日（金）**

**FAX０３–６８３４–２２９１**(直通)or

**Email nakayama-yk**

宛先　患者主体のＱＯＬ評価法を学び活かす実習セミナー担当　中山　行き

**＜ 申込用紙 ＞**

申込日：　令和　　　　　年　　　月　　　日

氏　 名：

住　 所：

所属機関：

Ｆ Ａ Ｘ：

E-mailアドレス：

職種・参加者プロフィール：　　　　　 　　　　　　　　　　 （例．看護師、理学療法士、難病ケア支援者、介護職、患者、家族、研究班関係者、ボランティアetc.）

以下は、研修会での参考にさせていただきますので、差し支えのない範囲でお答えください。

①「SEIQoL-DW」を実施した経験はありますか。　　いいえ　・　　はい　（→　　　　　回位実施）

　「はい」とご回答くださった方に伺います。

②「SEIQoL-DW」実施対象者の病名を教えてください。

③「SEIQoL-DW」を実施した感想を教えてください。

　　1. とても簡単　　２．まあ簡単　　３．ふつう　　４．すこし難しい　　５．難しい

④「SEIQoL-DW」を実施するにあたり、どういうことが難しいと思いましたか。

⑤　全員に伺います。セミナーに期待することをご記入ください

以上