主催者→県薬務課　結果報告用

（様式２）

（薬務課）ＦＡＸ番号 ：０４５－２０１－９０２５

　　　年　　月　　日

ア　ン　ケ　ー　ト

学 校 名 称

開 催 日 時　　　　年　　月　　日

（講演内容に対する意見・感想など）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 評　価　事　項 | 学校担当者等の意見・感想・評価等 |
| １ | 児童生徒の  　関心・意欲・態度について | 良かった 　・　 普通　 ・　　要改善 |
| ２ | 児童生徒の  　思考・判断について | 良かった 　・　 普通　 ・　　要改善 |
| ３ | 講演内容の最新性について | 良かった 　・　 普通　 ・　　要改善 |
| ４ | 薬物の危険性に関する  講演の内容を児童生徒が理解できたか | 理解できた　 ・　　理解できなかった |
| ５ | 御意見、講師に対する感想等 |  |

※学校担当者等の意見・感想・評価等は、「良かった、普通、要改善」の３段階及び「理解できた、理解できなかった」の２段階で評価し、該当を○で囲んでください。また、「御意見、講師に対する感想等」の欄には意見､感想等を自由にお書きください。

※薬物乱用防止教室の終了後、１週間以内に県薬務課まで提出をお願いします。