**親子のふれあいマッサージ　アンケート**

本日はご参加いただきありがとうございました。

今後の活動に役立てたいと思いますので、お手数ですがアンケートへの

ご協力をお願いいたします。

お名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

**Q1)今日はどなたと参加されましたか？**

**大　人（　　）名**

**子ども（　　）名 　　　　歳・　　　歳・　　　歳**

**Q2)参加されたきっかけを教えてください。**

**ベビーマッサージに興味があった　・　育児相談を受けたかった**

**その他〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕**

**Q３) 実際に参加された感想をお聞かせ下さい。**

　　＊内容について自由に感想をご記入ください。

**Q４) これから家族の間のスキンシップに役立ちそうですか**　（　はい ・　いいえ　）

＊理由

**Q５) また、参加したいと思われますか**　（　はい ・　いいえ　）

ご協力ありがとうございました。

※ご記入いただいた個人情報はアンケートの集計・イベントのご案内以外には使用いたしません。



認定NPO法人 **日本セラピューティック・ケア協会**

　福岡県太宰府市五条2-6-1-202

　TEL：**092-928-1546**　FAX：092-555-9401

　Email info@therapy-care.net