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