

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) 今日は何人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せんか (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