

# (医療機関用)

2019 年度 JMS プログラム (ジャパン・マンモグラフィーサンデー)

ご賛同医療機関へのアンケートのお願い

記入日 2019 年 月 日

貴機関名 \_\_\_\_\_ 都道府県名 \_\_\_\_\_

1. 2019 年度 JMS に参加して ※該当番号を○で囲んでください
- ①よかった                      ②よくなかった                      ③どちらでもない
- 上記を選択された理由
- \_\_\_\_\_

## 2. 今回の結果について

### 1) 全体

予約定員	受診者数

### 2) 内訳 ※自主検診は人間ドッグ、職場健診を含む

自主検診	市民検診	無料クーポン	企業検診	その他

## 3. 貴エリアにおいて JMS が掲載 (紹介) されたものにチェックを入れて下さい

新聞・雑誌	テレビ	ラジオ	情報紙	市の広報紙	その他

## 4. 貴機関独自の広報活動について教えてください。 ※該当番号を○で囲んで下さい

- ①病院内にポスター掲示
- ②病院 HP での告知
- ③自治体広報へ掲載
- ④ポスター掲示の依頼 (病院外) 依頼先: \_\_\_\_\_
- ⑤TV、新聞、情報誌への掲載依頼 媒体名: \_\_\_\_\_
- ⑥街頭での広報 内容: \_\_\_\_\_
- ⑦その他 内容: \_\_\_\_\_

## 5. 来年度も JMS に参加されますか

- ①参加します                      ②参加しない                      ③今のところ不明

## 6. JMS に対するご意見・要望をお聞かせください

※お手数ですが、受診者の方々のアンケート用紙も合わせて **10 月末日**までにご返送ください。

10 枚以上の場合、郵送もしくはメール (PDF ファイル) でお送り下さい。

〒538-0043 大阪市鶴見区今津南 2-6-3 TEL 06-6962-5071 FAX 06-6962-0065 E-mail [info@j-posh.com](mailto:info@j-posh.com)