

# (医療機関用)

2021年度 JMS プログラム (ジャパン・マンモグラフィ・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 2021年 月 日

貴機関名 \_\_\_\_\_

都道府県名 \_\_\_\_\_

1. 2021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                                      2) 内訳 ※自主検診は人間ドッグ、職場健診を含む

予約定員	受診者数

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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・ご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)