

# (医療機関用) 2023 年度 JMS ご賛同医療機関へのアンケートのお願い

記入日 2023 年\_\_月\_\_日

貴機関名		都道府県名	
------	--	-------	--

1. 2023 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 |
|------|------|
| 人    | 人    |
- 2) 内訳 ※自主検診は人間ドック含む、職場検診のオプションで受ける場合は職場検診とする
- | 自費検診 | 市民検診 | 無料クーポン | 職場検診 | その他 |
|------|------|--------|------|-----|
| 人    | 人    | 人      | 人    | 人   |

## 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ください

新聞・雑誌 <input type="checkbox"/>	テレビ <input type="checkbox"/>	ラジオ <input type="checkbox"/>	情報紙 <input type="checkbox"/>	市の広報紙 <input type="checkbox"/>	その他 <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

## 4. 貴機関で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と合わせてご返送ください。 **期限：10 月末日**  
10 枚以上の場合は郵送またはメール（PDF ファイル）でお願いいたします。

〒538-0043 大阪市鶴見区今津南 2-6-3 TEL 06-6962-5071 FAX 06-6962-0065

E-mail [jposh@j-posh.com](mailto:jposh@j-posh.com) (アドレス変更しております)