

(医療機関用) 2024 年度 JMS ご賛同医療機関へのアンケートのお願い

記入日 2024 年__月__日

貴機関名		都道府県名	
------	--	-------	--

1. 2024 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

予約定員	受診者数
人	人

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）をお願いいたします。

実施日の関係上、返却期限に間に合わない場合は実施後すみやかにご送付ください。

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

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