

(医療機関用) 2025 年度 JMS ご賛同医療機関へのアンケートのお願い

記入日 2025 年 ____ 月 ____ 日

貴機関名		回答者の 職 位	例) 医師、看護師、事務職など	都道府県名	
------	--	-------------	-----------------	-------	--

1. 2025 年度 JMS に参加して

☐ 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）されたものがあればチェックを入れてください

新聞・雑誌	テレビ	ラジオ	情報紙	市の広報紙	その他
☐	☐	☐	☐	☐	☐

4. 貴機関での広報活動について教えてください。

☐ 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はい

☐ ②いいえ

☐ ③不明

6. JMS 参加医療機関は啓発ティッシュキャンペーンの

応募資格があったのをご存じでしたか？

☐ ①はい

☐ ②いいえ

7. 来年、啓発ティッシュキャンペーンがあれば応募されますか？

☐ ①はい

☐ ②いいえ

8. JMS の媒体物についてご意見・ご要望をお聞かせください

9. JMS に対するご意見・ご要望をお聞かせください

○受診者用アンケートと合わせてご返送ください。

○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、提出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 認定 NPO 法人 J. POSH

TEL : 06-6962-5071 FAX : 06-6962-0065 E-mail : jposh@j-posh.com

提出期限

10 月末日