**交通安全教室アンケート**

年　　月　　日

加古川市 生活安全課長 様

【提出先】

加古川市シルバー人材センター

FAX：079-421-4141

交通安全教室について、下記のとおり報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 実施日時 | 　　　　年　　月　　日　　　　　時　　分　～　　　時　　分 |
| 講 座 名 |  |
| 実施場所 |  |
| 学校・グループ等名 |  |
| 最終参加人数 | 　　　　人 |
| 評価 | 学習目的に対し、どれくらい効果があったか、該当する数字一つに○をして下さい。215　43効果がなかった　・　あまり効果がなかった　・　どちらでもない　・　効果があった　・　大変効果があった |
| どのような効果があったか、具体的な例があれば記入して下さい。 |  |
| ご意見・ご要望等 |  |

**アンケート記入者**

氏　名：

連絡先：