

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。 1 2 3 4 5 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 : _____