

アンケート

合同クラスター研究会 東京慈恵会医科大学×東京都医工連携HUB機構

本日は「合同クラスター研究会 東京慈恵会医科大学×東京都医工連携 HUB 機構」にご出席賜り、誠にありがとうございました。

今後の開催の参考 および 皆様への適切な情報提供等のために、お手数ではございますが、アンケートにご協力をお願い申し上げます。

1 本研究会の開催を何でお知りになりましたか。(複数選択可)

- 東京都医工連携HUB機構HP 東京都中小企業振興公社HP
 日本医工ものづくりコモンズHP 業界団体(団体名:)
 その他()

2 本研究会について、全体としてどの程度満足していますか。

	満足	やや満足	どちらともいえない	やや不満	不満
全体的な満足度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 臨床ニーズ発表について、それぞれお答えください。

	満足	やや満足	どちらともいえない	やや不満	不満
臨床ニーズの発表件数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
臨床ニーズの発表時間の配分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ニーズデータベースの使いやすさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 本研究会の運営に対してご意見・ご要望がございましたら、ご自由にご記入ください。

5 東京都医工連携 HUB 機構に対してご意見・ご要望がございましたら、ご自由にご記入ください。

御氏名	
所属機関名	
属性	<input type="checkbox"/> 行政・支援機関 <input type="checkbox"/> 臨床機関 <input type="checkbox"/> 製販企業 <input type="checkbox"/> ものづくり企業 <input type="checkbox"/> 研究機関 <input type="checkbox"/> コンサルティング <input type="checkbox"/> その他()

アンケートへのご協力ありがとうございました。ご記入いただきました内容に関しては、今後の開催の参考 および 皆様への適切な情報提供等の活動を目的として、集計・活用させていただきます。個人情報の収集・利用・管理について、「東京都個人情報の保護に関する条例」に基づき、適切に取り扱います。