

自転車事故防止学習のアンケート

今後の参考にいたしますので、次のアンケートにご協力ください。

年 組・クラス 氏名

1. 授業（講習）を実施した日 20 年 月 日

2. DVDを見た感想

()

3. チェックリストをやってみた感想

()

4. 授業（講習）を受けた感想

()

5. テキストの内容について、わかったこと、わからなかったこと

()

6. 全体を通して印象に残ったこと

()

7. 明日から自転車を運転するときにやろうと思ったこと

()

ご協力ありがとうございました。講師の方に提出をお願いします。