

従業員福利厚生調査

令和 年 月 日

番号 _____

社員番号	
所属	
氏名	

項目	強く同意する	同意する	どちらとも言えない	同意しない	全く同意しない
医療補助					
健康プランに満足している					
歯科プランに満足している					
眼科プランに満足している					
長期身体障害保険に満足している					
短期身体障害保険に満足している					
生命保険プランに満足している					
全体的に医療補助に満足している					
給与・待遇面					
退職金制度に満足している					
給与に満足している					
社員持ち株精度に満足している					
昇進、昇給および、賞与に満足している					
全体的に給与・待遇面に満足している					
有給休暇					
休暇と病欠の日数に満足している					
全体的に有給休暇に満足している					
その他の福利厚生					
教育制度やトレーニングに満足している					
奨学金制度に満足している					
全体的にその他の福利厚生に満足している					
総合					
福利厚生プランを理解している					
どこで福利厚生の情報が得られるか知っている					
質問があるときに誰に聞けばいいか知っている					
全体的に従業員福利厚生制度に満足している					
コメント					