

فرم نظر سنجی از ارباب رجوع (موضوع ماده ۸ طرح تکریم مردم)

نام دستگاه: دانشگاه علوم پزشکی ایلام (دانشکده پیراپزشکی)

تاریخ مراجعه:

۱- آیا اطلاع رسانی و راهنمایی لازم به صورت شفاف و دقیق برای انجام خدمات مورد درخواست به شما ارائه شده است؟

بلی  تا حدودی  خیر

۲- نحوه برخورد کارکنان با شما چگونه بوده است؟

بسیار خوب  خوب  متوسط  بد

۳- نام فرد یا افرادی که مناسب ترین برخورد و همکاری را با شما داشته اند مرقوم فرمایید.

.....

۴- نام فرد یا افرادی که برخورد نامناسبی با شما داشته اند، مرقوم فرمایید.

.....

۵- آیا خدمت مورد نظر شما در موعد مقرر انجام شده است؟ بلی  خیر

۶- چنانچه درخواست خلاف مقررات از جنابعالی شده است، لطفاً آنرا بنویسید (با ذکر مورد و فرد مورد نظر)

.....

۷- نظرات و پیشنهادات خود را برای اصلاح امور بنویسید.

.....

.....

در صورت تمایل این قسمت را تکمیل فرمایید.

امضاء:

شماره تماس:

نام و نام خانوادگی:

امضاء:

نام و نام خانوادگی تحویل گیرنده: