



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

فرم نظرسنجی ارباب رجوع

بسمه تعالی

شماره: ...

تاریخ: ...

مراجعه کننده محترم خواهشمند است به پرسشنامه زیر پاسخ مناسب ارائه فرمایید. امید است به یاری پاسخ های دقیق و بی طرفانه جنابعالی / سرکار که از نظر ما محرمانه تلقی خواهد شد بتوانیم خدمات مطلوبتری ارائه نماییم.

نام واحد ارائه دهنده خدمت: تاریخ مراجعه:

مشخصات فردی (در صورت تمایل):

نام و نام خانوادگی:

جنس: سن: میزان تحصیلات: شغل: شماره تماس / ایمیل:

اطلاعات نظرسنجی

- ۱) نظم، ترتیب و سهولت دسترسی به افراد و امکانات چگونه بوده است؟
 عالی خوب متوسط ضعیف
- ۲) نوع برخورد کارکنان در مواجهه با مشکلات احتمالی چگونه بوده است؟
 عالی خوب متوسط ضعیف
- ۳) ارزیابی کلی شما از خدمات ارائه شده چگونه بوده است؟
 عالی خوب متوسط ضعیف
- ۴) آیا کار در زمان مقرر و بطور مناسب انجام شده است؟
 بلی خیر
- ۵) آیا متصدی مربوطه پاسخگویی مناسب داشته است؟
 بلی خیر

مشخصات فرد یا افرادی که برخورد مناسب، نامناسب و یا درخواست خلاف مقررات از جنابعالی داشته اند را مرقوم فرمائید.

نوع برخورد یا درخواست			نام و نام خانوادگی
درخواست خلاف مقررات	برخورد نامناسب	برخورد مناسب	

لطفا نظر و پیشنهاد خود را برای بهبود امور مرقوم فرمائید.