



مرکز سلامت گستر نیایش

فرم ثبت شکایت ، انتقاد و پیشنهادات

اطلاعات ضروری	
*** برای انجام مراحل پیگیری ، درج اطلاعات ضروری ، الزامی می باشد ..	
نام و نام خانوادگی:	تاریخ تکمیل فرم :
بخش مورد نظر :	شخص مورد نظر :
شماره تماس :	ساعت ، تاریخ و شیفت :
شرح پیشنهاد ، انتقاد ، شکایت :	
فرآیند رسیدگی به شکایات	در تاریخ بررسی های لازم توسط مسئول بررسی به شکایات ، انجام شد. اقدامات انجام شده به شرح ذیل میباشد :
	ارجاع به مدیریت <input type="radio"/>
	ارجاع به مدیر مالی و اداری <input type="radio"/>
	ارجاع به بخش اعضا <input type="radio"/>
	موضوع قابلیت بررسی ندارد. <input type="radio"/>
تاریخ ثبت شکایت :	
شماره ثبت دفتر :	
کد شکایت :	
اقدامات انجام شده	در تاریخ بررسی های لازم انجام گردید و اقدامات انجام شده به شرح ذیل میباشد.
نام و امضاء مدیریت	مسئول رسیدگی به شکایات

نام و امضاء

تاریخ