



مرکز آموزشی درمانی شهدای عشایر

# "هر شکایت را به فرصتی برای بهبود درمان بیماران بدل کنیم"

تاریخ: .....

فرم رسیدگی به شکایت

کد رهگیری:

درخواست کننده / شاکی	در صورت تمایل کامل کنید:	نام خانوادگی:	تحصیلات:	شغل:	کد ملی:	تلفن تماس:
	نام بیمار:	نسبت با بیمار:	آدرس:	.....		
این قسمت توسط شاکی تکمیل میگردد	نوع شکایت:	<input type="checkbox"/> حضوری	<input type="checkbox"/> کتبی	تاریخ و ساعت طرح شکایت: .....		
	شرح شکایت / انتقاد / پیشنهاد: .....					
طرح پیشنهاد	پیشنهاد شما جهت کاهش یا پیشگیری از بروز مجدد این مشکل چیست؟ .....					
	.....					
نتیجه بررسی	.....					
	امضاء ثبت کننده شکایت: .....					

درخواست کننده محترم:

این قسمت را جدا و نزد خود نگه دارید و جهت پیگیری شکایت خود یک هفته بعد از طریق کد رهگیری اقدام نمایید.

کد رهگیری:

تاریخ و ساعت طرح شکایت: .....

شماره تلفن جهت پیگیری شکایت: .....

باتشکر