

## معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان



فرم رسیدگی به شکایات دریافت کنندگان خدمات		
تاریخ: ۱۴۰۲/۲/۲۳	ویرایش: ۱	
بخش:	گروه: کنترل کیفیت	

### فرم رسیدگی به شکایات دریافت کنندگان خدمات

شماره برگه:	تاریخ:
نام شاکی:	سمت شاکی:
سازمان شاکی:	آدرس شاکی:
تلفن / نامبر:	
ثبت کننده شکایت (مدیر کیفی):	تاریخ:
موضوع شکایت:	
مسئول پیگیری:	حداکثر مهلت:
پیگیری:	
<input type="checkbox"/> اقدامات لازم جهت رفع مشکل مورد شکایت انجام گرفته و موثر بوده است.	
<input type="checkbox"/> اقدامات انجام گرفته موثر نبوده است.	
شماره برگه رسیدگی به شکایت جدید:	
شماره برگه قدام اصلاحی صادر شده:	
تاریخ:	
تأیید کننده (مدیر کیفی)	

آدرس: خیابان ابن سینا نبش سنبلستان

تلفن: ۰۳۱۳۴۴۷۶۰۶۰