



اداره کل آموزش عالی و حرفه ای استان تهران

فرم نظر سنجی از ارباب رجوع

تاریخ مراجعه :

ساعت مراجعه :

مراجعه کننده محترم

باسلام و احترام

با ارائه نظرات و پیشنهادات خویش ، ما را در انجام هر چه بهتر وظایف سازمانی و جلب رضایت و تکریم ارباب رجوع یاری فرمائید

۱- نوع خدمت مورد درخواست شما چه بوده است ؟

۲- میزان رضایت شما از خدمت ارائه شده چه میزان بوده است ؟
عالی خوب متوسط ضعیف

۳- نام واحد ارائه کننده خدمت ؟
.....

۴- نام فرد ارائه دهنده خدمت ؟
.....

۵- نظرات و پیشنهادات خود را ذکر نمائید .

۶- در صورت تمایل به پیگیری ، این قسمت را تکمیل فرمائید .

نام و نام خانوادگی :

شماره تماس :

امضاء :