

新北市政府坪林區衛生所親民服務意見調查表

為瞭解您對服務的滿意度，請您在□內打勾，您寶貴的意見，我們將研議改進以提昇服務品質，謝謝您的指導與合作。

填寫日期： 年 月 日

請問您辦理之案件為：

(請各機關依實際受理業務名稱填寫)

健康檢查 門診醫療 申請各項服務
證照業務 預防注射 其他

滿意度	滿意	無意見	不滿意	待改進原因
調查項目				
1. 請問您對入口處服務人員迎賓服務感覺如何？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. 請問您對櫃檯服務人員迎賓服務感覺如何？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. 請問您對洽公環境感覺如何？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. 請問您對服務人員申辦案件說明感覺如何？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. 請問您辦理業務遭退件時，服務人員再次說明感覺如何？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. 您覺得最最佳服務員是：				
7. 您的其他建議是：				

您的基本資料：

性別：男 女

年齡：20-29歲 30-39歲 40-49歲 50歲以上

姓名：_____

電話：_____