

ชื่อ-สกุล (ระบุเพื่อคณะกรรมการ ตรวจสอบข้อเท็จจริง) สถานะ ☐ ผู้ป่วย ☐ ญาติ ☐ บุคลากร

วันที่รับบริการ แผนกที่รับบริการ

ประเด็นชื่นชม/คำแนะนำ

รายละเอียดเหตุการณ์

ภาพรวม

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| 1. บริการ | ☐ ดีมาก | ☐ ดี | ☐ พอใช้ | ☐ ควรปรับปรุง |
| 2. สิ่งอำนวยความสะดวก | ☐ ดีมาก | ☐ ดี | ☐ พอใช้ | ☐ ควรปรับปรุง |
| 3. ห้องพัก | ☐ ดีมาก | ☐ ดี | ☐ พอใช้ | ☐ ควรปรับปรุง |
| 4. ห้องน้ำ | ☐ ดีมาก | ☐ ดี | ☐ พอใช้ | ☐ ควรปรับปรุง |
| 5. ร้านอาหาร | ☐ ดีมาก | ☐ ดี | ☐ พอใช้ | ☐ ควรปรับปรุง |

ต้องการให้ตอบกลับหรือไม่ **ต้องการให้ตอบกลับโปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน

☐ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย

รหัสผู้ป่วย HN

ช่องทางในการติดต่อกลับ

☐ E-Mail

☐ ไปรษณีย์

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

กรรมการ

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ขอขอบคุณและน้อมรับคำชื่นชม/ข้อเสนอแนะ ข้อมูลอันมีค่าของท่านถือเป็นความลับ
เพื่อคุ้มครองสิทธิของท่านโดยจะปกปิด ชื่อ-สกุล หรือข้อมูลส่วนบุคคล ที่จะทำให้ทราบว่า ท่านเป็นบุคคลใด
คณะกรรมการรับฟังและตอบสนองเสียงสะท้อนของผู้รับบริการ