

ฝ่ายวิจัย

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบประเมินความพึงพอใจการให้บริการของศูนย์วิจัยชีววิทยาช่องปาก

เลขที่

โปรดกรอกใบประเมินเพื่อจะได้ปรับปรุงการให้บริการที่ดียิ่งขึ้น

ชื่อ-สกุล หน่วยงาน วันที่กรอกใบประเมิน.....

สถานะของผู้ใช้บริการ อาจารย์ บุคลากร นิสิต อื่น ๆ เพศ ชาย หญิง อายุ ปีการศึกษา ปริญญาตรี ปริญญาโท ปริญญาเอก อื่น ๆบริการที่ใช้ ใช้เครื่องมือ (โปรดระบุชนิดเครื่องมือ) ใช้เครื่องมือในรูปแบบส่งตัวอย่างวิเคราะห์ อื่น ๆ (โปรดระบุ)

รายละเอียดแสดงความพึงพอใจในการรับบริการ (ในกรณีที่ท่านไม่ได้ใช้บริการในข้อใดให้เลือกไม่สามารถประเมินได้)

1. ส่วนเครื่องมือ

1.1 ความพร้อมของเครื่องมือ ดีมาก ดี ปานกลาง พอใช้ เพราะ ควรปรับปรุง เพราะ ไม่สามารถประเมินได้(เพราะ).....1.2 ความสะอาดของเครื่องมือ ดีมาก ดี ปานกลาง พอใช้ เพราะ ควรปรับปรุง เพราะ ไม่สามารถประเมินได้ (เพราะ).....

2. ส่วนของการให้บริการ

2.1 การให้คำแนะนำ การใช้เครื่อง ดีมาก ดี ปานกลาง พอใช้ เพราะ ควรปรับปรุง เพราะ ไม่สามารถประเมินได้(เพราะ).....2.2 การสอนเกี่ยวกับการเตรียมตัวอย่าง ดีมาก ดี ปานกลาง พอใช้ เพราะ ควรปรับปรุง เพราะ ไม่สามารถประเมินได้(เพราะ).....2.3 การสอนการวิเคราะห์ ดีมาก ดี ปานกลาง พอใช้ เพราะ ควรปรับปรุง เพราะ ไม่สามารถประเมินได้(เพราะ).....3. สถานที่และสิ่งแวดล้อม ดีมาก ดี ปานกลาง พอใช้ เพราะ ควรปรับปรุง เพราะ ไม่สามารถประเมินได้ (เพราะ).....4. ท่านจะแนะนำผู้อื่นให้มาใช้บริการที่ศูนย์วิจัยชีววิทยาหรือไม่ แนะนำ ไม่แนะนำ (เพราะ).....

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

การปฏิบัติการแก้ไข/ป้องกันของผู้ให้บริการ.....

โปรดส่งใบประเมินฯ กลับมาที่ : ศูนย์วิจัยชีววิทยาช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถ.อังรีตุนังต์ กทม.10330

หรือ E-mail: obrc2557@gmail.com หรือ ใส่ในตู้รับความคิดเห็น (ศูนย์วิจัยชีววิทยาช่องปาก ชั้น 9) ตึกสมเด็จย่า 93

.....

..

.

.

.

.

.

.....

.....