



مدیریت همکاری های علمی بین المللی

فرم نظر سنجی از ارباب رجوع

نام حوزه : تاریخ مراجعه:

۱- آیا اطلاع رسانی و راهنمایی لازم به صورت شفاف و دقیق برای انجام خدمات مورد درخواست به شما ارائه شده است؟

بلی تا حدودی خیر

۲- نحوه برخورد کارکنان با شما چگونه بوده است؟

بسیار خوب خوب متوسط بد

۳- نام فرد یا افرادی که مناسب ترین برخورد و همکاری را با شما داشته اند مرقوم فرمایید.

.....

۴- نام فرد یا افرادی که برخورد نامناسبی با شما داشته اند ، مرقوم فرمایید.

.....

۵- آیا خدمت مورد نظر شما در موعد مقرر انجام شده است؟ بلی خیر

۶- چنانچه درخواست خلاف مقررات از جنابعالی شده است ، لطفا آنرا بنویسید (با ذکر مورد و فرد مورد نظر)

.....

۷- نظرات و پیشنهادات خود را برای اصلاح امور بنویسید.

.....

.....

در صورت تمایل این قسمت را تکمیل فرمایید.

نام و نام خانوادگی: شماره تماس: امضاء:

نام و نام خانوادگی تحویل گیرنده: امضاء

با سپاس از توجه شما، خواهشمند است فرم تکمیل شده را به آدرس ایمیل زیر ارسال فرمایید:

intl.office@alzahra.ac.ir