

	T.C. SAĞLIK BAKANLIđI Kahramanmaraş Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi	Doküman Kodu: SÇ.FR.03
		Yayın Tarihi : 04.07.2011
		Revizyon Tarihi:
		Revizyon No : 00
<b>ÇALIŞAN GÖRÜŞ VE ÖNERİ FORMU</b>		

Adı Soyadı : .....

Mesleđi : .....

### GÖRÜŞ ve ÖNERİLERİNİZ

..... .....
---

### DEĞERLENDİRME (Bu bölüm idarece doldurulacaktır.)

<p><input type="checkbox"/> İş Yüğü</p> <p><input type="checkbox"/> Fiziki Mekan ve Temizlik</p> <p><input type="checkbox"/> Bilgilendirme İsteği</p> <p><input type="checkbox"/> İş Kalitesi</p> <p><input type="checkbox"/> Tedavi Süreçleri</p> <p><input type="checkbox"/> Teşekkür</p> <p><input type="checkbox"/> Diđer.....</p>	<p><b>NOT</b> .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	--