

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

.....

..

.

.

.

.

.

.....

.....