

HOSPITAL BANTING
BORANG MAKLUM BALAS PELANGGAN
(CUSTOMER FEEDBACK FORM)

Sila tandakan pada ruangan yang berkenaan. (Please tick the appropriate boxes)

Tempat Dikunjungi: Kecemasan dan Trauma (Emergency and Trauma) Klinik Pakar (Specialist Clinic)

Wad : (Ward) Lain-Lain : (Other)

Tarikh Kunjungan: (Date of visiting) _____ Masa Kunjungan: (Time of Visiting) _____

Tuan / Puan yang dihormati
Terima kasih di atas sokongan anda kepada Hospital Banting
Keprihatinan anda sangat kami hargai.

(Thank you for your concern)

ADUAN / CADANGAN

MAKLUMAT PELANGGAN YANG BOLEH DIHUBUNGI:
(Customer's Details)

Nama : _____
No. Telefon : _____
Alamat : _____
E-mel : _____

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT SAHAJA

BAHAGIAN A (DIKEMUKAKAN KEPADA KETUA JABATAN/UNIT)

Kepada	:	
Tindakan yang perlu diambil	:	
Tandatangan	:	
Cop Jawatan	:	
Tarikh	:	

BAHAGIAN B (ULASAN PENGARAH)

Semakan Tindakan	:	
Tandatangan Pengarah	:	
Tarikh	:	