Manet Community Health Center, Inc.

نموذج آراء المريض

نريد أن نسمع منك، سواء أكان ذلك شكوى أم مجاملة. يرجى إخبارنا بتجربتك. تساعدنا آراؤك على تحسين خدماتنا

المكان الذي تتحدث إلينا عنه:

أتليبورو ❑، أو هوف نيك ❑، أو هول ❑ ،أو نورث كوينسي ❑، أو سناج هاربور ❑، أو تونتون ❑، أو
549 Washington Street, Quincy (مكتب التواصل المجتمعي) ❑

التاريخ اليوم:_____ تاريخ الحدوث:_____

الشخص الذي يكمل هذا التقرير:_____

هل تعد هذا التقرير من أجلك؟ ◯ أم من أجل شخص آخر؟◯

لو كان شخصًا آخر، فمن هو؟_____

ما هتقلاء بك؟_____

رقم هاتف نستطيع التواصل معك من خلاله: النهار:_____ المساء:_____

إذا كنت تعرف من هو (هم) الموظف (الموظفون) نمضملا في تقريرك، يرجى ذكر اسمه أو هتفيظو في المركز الصحي، (إذا كنت لا تعرف همسا).

يرجى ذكر ما حدث أدناه. إذا أردت مساحة أكبر، فتابع الكتابة في الورقة التالية.

أرسل النموذج المكتمل بالبريد إلى:

Cynthia H. Sierra, Chief Executive Officer, Manet Community Health Center, Inc., 110 West Squantum Street, North Quincy, Massachusetts 02171.

(تمت المراجعة، سبتمبر 2021)