# 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)