



সরোজ গুপ্ত ক্যান্সার সেন্টার এ্যান্ড রিসার্চ ইনস্টিটিউট

মহাত্মা গান্ধী রোড, ঠাকুরপুকুর, কলকাতা - ৭০০ ০৬৩

দূরভাষ : (০৩৩) ২৪৫৩ ২৭৮১/২৭৮২/২৭৮৩, ২৪৬৭ ৮০০১/৮০০৩

ফ্যাক্স : (০৩৩) ২৪৬৭ ৮০০২, (০৩৩) ২৪৫৩ ৬৭১১

মতামত পত্র

রোগীর অভিভাবকদের কাছে অনুরোধ, দয়া করে রোগীকে ডাক্তারবাবু দেখানোর পর এই মতামত পত্রটি পূরণ করে নির্দিষ্ট বাক্সে ফেলুন।

আপনার রোগীর চিকিৎসার জন্য এই হাসপাতালকে নির্বাচিত করার জন্য আপনাকে ধন্যবাদ। নিম্নলিখিত বিষয়গুলির উপর আপনার মূল্যবান মতামত আমাদের সাহায্য করবে আরও উন্নত পরিষেবা দেবার।

	নিম্নমান	মধ্যম	ভালো	খুব ভালো
১) মুখ্য অনুসন্ধান কক্ষ ও নথি গ্রহণ অফিসের কর্মীবৃন্দের পরিষেবা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
২) নথি গ্রহণ করার জন্য কতক্ষণ সময় লেগেছে	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
৩) ডাক্তারবাবুকে দেখাবার জন্য কতক্ষণ সময় অপেক্ষা করেছেন	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
৪) প্রতিক্ষাকক্ষের পারিপার্শ্বিকতা / পরিবেশ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
৫) প্রক্ষালয় / বাথরুমের পরিচ্ছন্নতা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
৬) আমাদের পরিষেবায় আপনি কতটা সন্তুষ্ট	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
৭) কেমন করে আপনি আমাদের হাসপাতাল সম্বন্ধে জানলেন				
৮) আপনার কোন বিশেষ মতামত				
৯) কোনো বিশেষ ব্যক্তির নাম যার পরিষেবায় আপনি সন্তুষ্ট ও মতামত				
১০) কোনো বিশেষ ব্যক্তির নাম যার পরিষেবায় আপনি অসন্তুষ্ট ও মতামত				
১১) রোগীর নাম				
১২) রেজি নং :				
(ঐচ্ছিক)				

স্বাক্ষর

১৩) ভর্তির তারিখ :