

ご意見をお聞かせください。

この度は来所・ご依頼いただきまして誠にありがとうございます。一般財団法人群馬県薬剤師会環境衛生試験センターは、試験検査結果の信頼性の確保及び顧客満足度の向上に努めております。お客様のたくさんのご意見をお待ちしております。

該当するものに☑をおつけください。

- | | | |
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 窓口の対応について | <input type="checkbox"/> 担当者の対応について | <input type="checkbox"/> 相談内容について |
| <input type="checkbox"/> 検査依頼内容について | <input type="checkbox"/> 納期について | <input type="checkbox"/> 価格について |
| <input type="checkbox"/> 要望(こんな検査をしてほしいなど) | <input type="checkbox"/> その他 | |

◇どんな検査依頼についてでしょうか？

◇いつごろ、どこでおきたことでしょうか？

◇担当者の名前がお分かりでしたらご記入ください。

月 日 時頃 担当名 ()

お客様からいただいたご意見は、今後の環境衛生試験センターの運営に役立てる為、必ず確認を致しますが、個別にご返事・ご対応をお約束するものではないことを予めご了承願います。なお、試験検査業務に関する苦情につきましては、苦情処理規程に基づき、改めて事実関係、状況の確認をさせていただく場合がありますので、重ねてご了承願います。

●おさしつかえなければ、ご記入ください。(苦情の場合は必須でお願いします。)

ご住所 〒

電話番号() -

FAX () - メールアドレス @

氏名(ふりがな)

(お客様の会社と当社間の業務に関する場合には、会社名(ふりがな)、担当課(ふりがな)、役職(ふりがな)も併せてご記入ください。)

様 男・女 年齢 才

貴重なご意見をありがとうございました。

お預かりした個人情報は、ご返事をさせて頂く場合にのみ使用させて頂き、適切かつ慎重な管理に努めます。

※お客さまのご意見やご要望にお応えさせていただくために、お客さまの情報を開示する場合がございます。ご同意いただけないお客さまは☐欄にチェックをご記入ください。

同意しない

センター記入 苦情 問い合わせ