

แบบประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการของสาขาวิชานิติเวชศาสตร์

คำชี้แจง : แบบประเมินนี้จัดทำเพื่อสำรวจความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อการให้บริการของสาขาวิชานิติเวชศาสตร์
กรุณาตอบคำถามให้ครบถ้วนและตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ข้อมูลที่ได้จากท่านจะนำไปใช้เป็น
แนวทางในการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานต่อไป ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลของผู้ตอบแบบประเมิน

1. ท่านรับบริการงานส่วนใดของสาขาวิชานิติเวชศาสตร์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ คลินิกนิติเวช (ผู้ป่วยคดี) ☐ ห้องเจาะเลือดตรวจดีเอ็นเอ ☐ ห้องปฏิบัติการสาขาวิชานิติเวชศาสตร์
☐ ห้องตรวจศพ ☐ สำนักงานธุรการสาขาวิชานิติเวชศาสตร์ ☐ อื่น ๆ ระบุ

2. ประเภทผู้รับบริการ ☐ ผู้รับบริการทั่วไป เช่น ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ☐ ผู้รับบริการกลุ่มบุคลากรการแพทย์

3. รูปแบบที่ท่านใช้บริการของสาขาวิชานิติเวชศาสตร์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ สังเกต ☐ รับผล/ติดตามผลการตรวจ ☐ สอบถามข้อมูลการให้บริการ
☐ นำส่งสิ่งส่งตรวจ ☐ อื่น ๆ ระบุ

ส่วนที่ 2 : ความคิดเห็นต่อการให้บริการ

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ประเด็นการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ					
	มากที่สุด 😊😊	มาก 😊	ปานกลาง 😐	น้อย 😞	น้อยที่สุด 😞😞	ไม่มีความเห็น ไม่เกี่ยวข้อง
1) ขั้นตอนการเข้ารับบริการสะดวก ไม่ยุ่งยากซับซ้อน						
2) เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาหรือตอบข้อสงสัยได้ชัดเจน						
3) เจ้าหน้าที่บริการด้วยความสุภาพ เรียบร้อยและกระตือรือร้น						
4) ได้รับการบริการในเวลาที่เหมาะสม						
5) ได้รับการบริการที่ตรงกับความต้องการและครบถ้วน						
6) สามารถค้นหาช่องทางต่าง ๆ ในการติดต่อ เช่น เว็บไซต์ อีเมล เฟซบุ๊ก ฯลฯ ได้อย่างสะดวก						
7) มีช่องทางการรับฟังความคิดเห็นและข้อร้องเรียน						
8) การให้บริการมีความน่าเชื่อถือ						
9) ความพึงพอใจในภาพรวม						

ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงการให้บริการ

*** ขอขอบพระคุณที่ตอบแบบประเมิน ***

กรุณาส่งแบบประเมินกลับมาที่

สาขาวิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โทร. 043-363509, 043-363559 หรือทางอีเมล ssomru@kku.ac.th

หรือสามารถตอบประเมินออนไลน์ทาง <https://forms.gle/uZcTnBN9c5Tj3AV86> หรือ QR code



ส่วนที่ 3 : การแจ้งข้อร้องเรียน ต่อการให้บริการของสาขาวิชานิติเวชศาสตร์

☐ ไม่มีข้อร้องเรียน

☐ มีข้อร้องเรียน : ปัญหาที่พบ/ประเด็นที่ต้องการร้องเรียน
.....
.....
.....

กรณีที่ต้องการให้เจ้าหน้าที่ติดต่อกลับ โปรดระบุชื่อและเบอร์โทรศัพท์หรืออีเมล

.....
.....

กรุณาส่ง

สาขาวิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ต.ในเมือง อ.เมืองขอนแก่น
จ.ขอนแก่น
40002

แบบประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการของสาขาวิชานิติเวชศาสตร์