**客户满意度调查表**

非常感谢贵单位一直以来对我们工作的支持。为提高我院（中心）各项服务水平和能力，向广大客户提供更加优质的服务，请您在百忙中对我院（中心）的工作给予评价，谢谢您的支持与配合!

单位名称： 电子邮箱：

姓 名： 联系电话： 填写日期：

1.您所在单位的性质：□行政事业单位 □药品生产企业 □化妆品生产企业 □药包材、医疗器械生产企业 □医疗机构 □经营企业 □其它：

2.您来我院（中心）寻求哪些服务（可多选）：□进口检验 □注册/行政许可检验 □委托检验

□监督抽验 □培训 □其它：

3.本年度您在我院（中心）办理业务所涉及领域（可多选）： □药品 □化妆品 □药包材、医疗器械 □其它：

4.请您对我院（中心）的总体服务情况予以评价:

整体评价：□非常满意 □满意 □基本满意 □不满意

服务态度：□非常满意 □满意 □基本满意 □不满意

办事效率：□非常满意 □满意 □基本满意 □不满意

事务公开：□非常满意 □满意 □基本满意 □不满意

办事规范：□非常满意 □满意 □基本满意 □不满意

技术水平：□非常满意 □满意 □基本满意 □不满意

清正廉洁：□非常满意 □满意 □基本满意 □不满意

5.您认为我院（中心）的检测项目、业务领域能否满足贵单位的需求？

□满足 □未满足，例如：

6.我们将针对各业务领域，以不同方式进行定期或不定期的业务培训，您希望参加的培训内容是？

7.您认为我院（中心）在哪些方面需要改进，烦请具体描述？

**注**：您可将此调查表填好后投入设在本院（中心）受理大厅的意见箱中或以传真、邮寄、电子邮件等方式联系我们。谢谢！

地址：深圳市南山区高新中二道28号质量管理科 邮编：518057

邮箱：szidc-qa@szidc.org.cn 电话：0755-26031723 传真：0755-26031725 联系人：邱清华