



แบบสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการของกรมสุขภาพดีพิเศษ

๐๒/.....

คำชี้แจง กรุณาระบุในช่องว่างหรือเครื่องหมาย หน้าข้อความที่ตรงกับข้อมูลของท่าน
ตอบที่ ๑ ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ตอบแบบ

๑. เพศ ชาย หญิง อ. อายุ ปี ๓. อาชีพ.....

๔. การศึกษา ต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรี ปริญญาโท ปริญญาเอก
 อื่น ๆ (ระบุ).....

๕. ท่านใช้บริการที่กรมสุขภาพดีพิเศษในฐานะเป็น

พนักงานอัยการ/อัยการทหาร/ป.ป.ช./ป.ป.ท./หน่วยงานของรัฐ หน่วยงานเอกชน ประชาชน
 อื่น ๆ (ระบุ).....

๖. ท่านใช้บริการใดของ กรมสุขภาพดีพิเศษ (๑) แจ้งข้อมูลข่าวสาร/เบาะแส^{๑)}
 (๒) ร้องเรียน/ร้องทุกข์/กล่าวโทษ (๓) ขอข้อมูลข่าวสาร (๔) ให้ปากคำ/ให้ถ้อยคำ^{๒)}
 (๕) ร่วมประชุม/สอบสวน (๖) ติดตามผลการดำเนินคดีพิเศษ (๗) อื่นๆระบุ.....

๗. หน่วยงานภายใต้ภาคตัดต่อรับบริการ

ตอบที่ ๒ ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการของกรมสุขภาพดีพิเศษ (โปรดประเมินตามงานบริการที่ท่านเลือก จากหน่วยงาน ตามข้อ ๗)

หัวข้อ	ระดับความพึงพอใจ					ไม่พึง พอใจ
	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	
๑. เจ้าหน้าที่ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีสุภาพและเป็นมิตร						
๒. เจ้าหน้าที่มีความเอาใจใส่ กระตือรือร้น และเต็มใจในการให้บริการ						
๓. เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความละเอียด รวดเร็ว						
๔. เจ้าหน้าที่ ชี้แจงหรือให้ข้อมูล คำแนะนำ หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติงานเกี่ยวกับ การให้บริการ ให้ผู้รับบริการทราบ						
๕. มีขั้นตอน ระยะเวลา ในการให้บริการ มีความเหมาะสม						
๖. มีการแจ้ง/เผยแพร่ข้อมูล และขั้นตอนการให้บริการอย่างต่อเนื่อง						
๗. มีความซัคเจนและโปร่งใสในการให้บริการ						
๘. ให้บริการด้วยความเสมอภาค						
๙. มีป้ายแนะนำสถานที่ให้บริการของหน่วยงานอย่างชัดเจน						
๑๐. มีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ที่จอดรถ น้ำดื่ม ที่นั่งพักค oy และห้องน้ำ						
๑๑. มีแบบฟอร์มการให้บริการ เช่น แบบคำขอข้อมูลข่าวสาร แบบร้องขอ แบบติดตามผลการดำเนินคดี หรือแบบฟอร์มอื่นๆ						
๑๒. ความเพียงพอของช่องทางการติดต่อขอรับบริการ เช่น โทรศัพท์ โทรสาร อีเมล์ เว็บไซต์ แอพพลิเคชันดีอีสไอ กล่องรับความคิดเห็น และแบบสอบถาม						
๑๓. การให้บริการโดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม						
๑๔. ในภาพรวมได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสม						

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ.... ทุกความเห็นท่านจะนำไปปรับปรุงการให้บริการ.....