|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **AHMET KELEŞOĞLU DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  **ÇALIŞAN ŞİKAYET ÖNERİ FORMU** | Doküman No | FR-351 |
| İlk Yayın Tarihi | 20.09.2021 |
| Revizyon Tarihi |  |
| Revizyon No | 00 |
| Sayfa No | 1/1 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi olarak başlıca görevimiz; elimizdeki olanakları en üst seviyede kullanarak siz değerli çalışanlarımıza en iyi, çalışma ortamını sunmaktadır. Bu hizmeti sunarken çalışanlarımızın memnuniyeti yada  memnuniyetsizliğinizi bizlere bildirirseniz en kısa zamanda önerilerinizi dikkate alarak sorunlara çözüm getirilecektir. Fakülte olarak sizlere teşekkür eder, iyi çalışmalar dileriz. | | | | | |
| **Tarih** |  | **Telefon** | |  | |
| **Adınız Soyadınız** |  | **E-mail Adresiniz** | |  | |
| **Birimi** |  | Öneri | | Şikayet | |
| **Tarafınızı bilgilendirmek amacı ile irtibat bilgilerinizi vermenizi ÖNEMLE rica ederiz** | | | | | |
|  | | | | | |
| **DİF AÇILMASI** | **UYGUN** |  | **UYGUN**  **DEĞİL** | |  |
| **ONAYLAYAN**  **Dekan/Dekan Yrd.** | | | | |  |