your COMMUNITY HEALTH

ACN 136 472 403
ABN 31 905 329 561

نظرات شما
فرم نظرات متقاضیان خدمات
Your Say Form (in Farsi)

ما از دریافت نظرات، پیشنهادات یا شکایات از خدمات مان استقبال می کنیم.

تاریخ:	
نام:	
نام خانوادگی:	
آدرس:	
کد پستی:	
شماره تلفن:	
ایمیل:	
مکان خدمات: (لطفاً علامت گذاری کنید)	☐ مرکز بهداشت رزروار شرقی ☐ مرکز گردهمایی جامعه محلی رزروار شرقی ☐ مرکز بهداشت نورثکت ☐ مرکز بهداشت PANCH (پرستون) ☐ سایر خدمات (لطفاً مشخص کنید)_____
نوع نظرات: (لطفاً علامت گذاری کنید)	☐ شکایت ☐ تعریف/سپاسگزاری ☐ پیشنهاد
آیا می خواهید در این ارتباط با شما تماس بگیریم؟	☐ خیر ☐ بله
موقعیت شما: (لطفاً علامت گذاری کنید)	☐ متقاضی خدمات ☐ نهاد ☐ عضوی از جامعه محلی ☐ مراقبت کننده/عضوی از خانواده ☐ سایر موارد (لطفاً مشخص کنید_____
جزئیات نظرات شما. (لطفاً تاریخ، زمان و نام کارمند مربوطه را در صورت نیاز فراهم کنید).	

Mailing address:
125 Blake Street
East Reservoir VIC 3073

T (03) 8470 1111
F (03) 8470 1107
E info@yourcommunityhealth.org.au

YOURCOMMUNITYHEALTH.ORG.AU

جزئیات نظرات شما (ادامه).

لطفاً این فرم را به یکی از کارمندان تحویل دهید، آن را در جعبه موجود در بخش پذیرش قرار دهید، یا آن را با عنوان Private & Confidential از طریق پست به آدرس زیر بازگردانید:

General Manager Quality, Innovation and Integration, 125 Blake Street, East Reservoir, 3073. یا می توانید با شماره 1111 8470 (03) تماس بگیرید.

FOR OFFICE USE ONLY	
Date received:	**VHIMS No:**