

**KAJIAN KEPUASAN PELANGGAN
JABATAN KESIHATAN NEGERI MELAKA**

**Soal selidik ini adalah hanya berkaitan dengan perkhidmatan di
Jabatan Kesihatan Negeri Melaka (JKNM).**

**Segala maklumat yang diberikan adalah dirahsiakan dan hanya digunakan bagi
meningkatkan mutu perkhidmatan kami.**

*(*Sila tanda ✓ di ruang yang berkenaan)*

Tarikh : _____

A. BUTIRAN PELANGGAN

1. Umur : _____ 2. Jantina : _____

3. Lokasi Pelanggan:

Melaka Tengah Jasin Alor Gajah

Luar Melaka

4. Kategori Pelanggan

Orang Awam Anggota JKNM

B. PENILAIAN MUTU PERKHIDMATAN

Butiran	Tidak Memuaskan (1)	Kurang Memuaskan (2)	Memuaskan/ (3)	Baik (4)	Sangat Baik (5)
Layanan dan Kerjasama Staf					
i. Di Kaunter					
ii. Bukan Kaunter					
Personaliti dan Ketrampilan Staf					
Komunikasi Staf					

Butiran	Tidak Memuaskan (1)	Kurang Memuaskan (2)	Memuaskan (3)	Baik (4)	Sangat Baik (5)
Masa Berurusan					
Kemudahan Yang Disediakan					
Jenis Perkhidmatan Yang Diterima (nyatakan)					

3. Jika kurang memuaskan atau amat tidak memuaskan, sila nyatakan

4. Cadangan tuan/puan bagi meningkatkan mutu perkhidmatan kami

Terima kasih atas kerjasama dan maklumbalas yang diberikan.
Pandangan tuan/puan amat dihargai.

Sila emelkan jawapan anda kepada : abszra@moh.gov.my atau shazila@mlk.moh.gov.my

*Penyelaras
Unit Pentadbiran
Jabatan Kesihatan Negeri Melaka*