

고객 불만족 신고서

만약 서비스에 불편하셨거나 만족치 못한 경우에는 이 서류를 작성하여 아래 주소로 보내 주시기 바랍니다.

Family Care
Attention: Director of Quality Assurance - Grievances
11111 Richmond Ave., Suite 200
Houston, Texas 77082

회원명:	회원 번호:	전화 번호:	
주소:	시:	주:	지역 번호:

의료 기관/의사명:	전화 번호:		
주소:	시:	주:	지역 번호:

저희 웨밀리 케어는 관련 서류를 확보하는 데 회원님의 동의 없이는 신고 된 건에 관해 완벽한 조사를 진행 할 수 없습니다. 모든 기록은 기밀 서류로 취급되며 오직 문제 해결을 위한 목적으로만 사용될 것입니다.

Yes, 나는 웨밀리 케어로 하여금 모든 관련 자료를 수집하고 검토하는 것을 허락하는 바입니다.보충 자료 필요시 본인의 성명및 인적 사항을 공개할 수도 있습니다. 필요시 본인 인적 사항 기록은 서류 사본 혹은 팩스로 통해 전달 할 수있음에 동의합니다.

No, 나는 보충 자료 확보 수집 목적으로 본인 인적 사항 공개를 허락 하지 않습니다.

회원 싸인:	날짜:
--------	-----

회사 내부 기재란	
접수 날짜:	케이스 번호

영어 안내는 뒷면을 참조하십시오.

고객 불만 내역

귀하의 불만 사항을 상세히 적어주십시오. 다음 관련 정보를 같이 적어주십시오: 연락처와 이름, 서비스의 날짜, 통화하신 내용 등. 불만 사항과 관련된 모든 문서의 사본을 첨부하여 주시기 바랍니다. 회원님의 회원 불만족 신고서 수령시 FamilyCare으로부터 서면 확인서를 받게됩니다 . 귀하의 불만 사항은 철저하게 검토되고 모든 정보는 정기 회의에서 FamilyCare의 관련 심사위원회에 제출됩니다. 본사는 회원님의 편의를 위해 우표를 붙인 (self - addressed) 봉투를 동봉하오니 이 양식을 작성한뒤 반송하세요. 시간을 내주셔서 감사합니다.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....