快適な治療を受けていただくためにアンケートにご協力をお願いします

お客様アンケート

1．あなたの性別をお答えください。

☑ 男　　☑ 女

2．あなたの年齢をお答えください。

☑10歳未満　□10代　□20代　☑30代　□40代
□50代　□60代　□70代　□80才以上

3．ドクターの対応はいかがでしたか？

☑良い　□まあ良い　□ふつう　□やや悪い　□悪い

（　　）

4．スタッフの対応はいかがでしたか？

☑良い　□まあ良い　□ふつう　□やや悪い　□悪い

（　　）

5．院内の様子はいかがでしたか？

☑清潔　□まあ清潔　□ふつう　□やや不潔　□不潔

（　　）

6．改善してほしい点はありますか？

（　　）

7．ご意見、感想などございましたら、ご記入ください。

（初めての治療でしたが、嫌がることも怖がることもなく
DVDを見ている内に終ってしまいました。先生方にもとても
優しく接して頂き安心して治療を受けることができました）

8．ホームページへの掲載　（可）・　不可

ご協力ありがとうございました。
さくら歯科医院・スタッフ一同