



Nha khoa Paris trân trọng cảm ơn quý khách hàng
đã đồng hành cùng chúng tôi trong suốt thời gian qua

[Bắt đầu khảo sát](#)



Câu 1: Quý khách hãy đánh giá về các bộ phận của Nha khoa Paris theo các CẤP ĐỘ TRẢI NGHIỆM từ 1-6:

						
Bảo vệ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lễ tân	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thu ngân	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bác sĩ/Điều dưỡng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quản lý chi nhánh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Câu 2: Trong quá trình làm dịch vụ Quý khách:

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. Có được giải thích trước khi làm và dặn dò sau khi làm dịch vụ không? | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| 2. Có bị khó chịu, đau trong quá trình làm không? | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| 3. Có bị bong mắc cài hay các khi cạy chọc vào môi má không? | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| 4. Có được nhắc lịch liệu trình không? | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |

Câu 3: Quý khách có sẵn sàng "GIỚI THIỆU NGƯỜI THÂN - BẠN BÈ HÃY ĐẾN NHA KHOA PARIS" để làm dịch vụ không?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Chắc chắn không					Chắc chắn có				

Câu 4: Quý khách có "Góp ý" nào khác để Nha khoa Paris có thể phục vụ tốt hơn không?

Nhập câu trả lời ...

