

ใบสมัคร

ชื่อโครงการ

วันเวลา สถานที่

คลินิกเทคโนโลยี

เพื่อก่อเกิดประโยชน์ทั้งผู้สมัครที่จะได้รับการดูแลเป็นอย่างดีและผู้รับสมัครที่จะให้บริการอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลต่อไปนี้หากท่านยินยอมให้ข้อมูลขอให้ท่านกรอกให้ครบถ้วนทุกข้อและลงชื่อโดยคลินิกเทคโนโลยี จะรักษาข้อมูลเป็น ความลับ แต่หากท่านไม่ประสงค์จะให้ข้อมูลเลขบัตรประจำตัวประชาชนท่านสามารถไม่กรอกในใบสมัครได้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. ชื่อ 1) นาย 2) นาง 3) นางสาว ชื่อ นามสกุล

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (เพื่อประโยชน์ในการให้บริการ)

2. สถานที่ติดต่อ (ระบุนบ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน ถนน)

ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

3. อายุ ปี เต็ม

4. หมายเลขโทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ

5. อาชีพหลัก(เลือกเพียง 1 ข้อ)

- 1) รับราชการ 2) พนักงานรัฐวิสาหกิจ 3) เกษตรกร 4) โอท็อป
5) แม่บ้าน 6) พนักงานธุรกิจเอกชน 7) รับจ้าง 8) วิสาหกิจชุมชน
9) ค้าขาย 10) อื่นๆ

6. ระดับการศึกษาสูงสุด(เลือกเพียง 1 ข้อ)

- 1) ประถม 2) มัธยมต้น 3) มัธยมปลาย /ปวช. 4) ปวส./อนุปริญญา
5) ปริญญาตรี 6) สูงกว่าปริญญาตรี 7) อื่นๆ

7. รายได้ต่อเดือน (เลือกเพียง 1 ข้อ)

- 1) น้อยกว่า 1,000 บาท 2) 1,001 – 2,000 บาท
3) 2,001 – 3,000 บาท 4) 3,001 – 4,000 บาท
5) 4,001 – 5,000 บาท 6) 5,001 – 6,000 บาท
7) 6,001 – 7,000 บาท 8) 7,001 – 8,000 บาท
9) 8,001 – 9,000 บาท 10) 9,001 – 10,000 บาท
11) มากกว่า 10,000 บาท(โปรดระบุจำนวน บาท)

8. ทราบข่าวครั้งแรกจากแหล่งใด (เลือกเพียง 1 ข้อ)

- 1) จดหมายเชิญ 2) ทางอินเทอร์เน็ต
3) การแนะนำ / คนรู้จัก 4) ป้ายประกาศโฆษณา
5) สื่อสารมวลชน 6) หน่วยงานในท้องถิ่น
7) เจ้าหน้าที่ของรัฐ 8) อื่น ๆ

9. ท่านเคยได้รับการอบรม ถ่ายทอดเทคโนโลยี จาก ทางคลินิกเทคโนโลยีนี้หรือไม่

- 1) เคย 2) ไม่เคย

10. ท่านเคยลงทะเบียนคนจนประเภทขาดการอาชีพหรือไม่

- 1) เคย 2) ไม่เคย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเฉพาะบุคคลที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตร

คลินิกเทคโนโลยีเครือข่าย เป็นผู้พิจารณาสอบถามคุณลักษณะที่เฉพาะต้องการทราบเพิ่มในโครงการดังกล่าว (ถ้าจำเป็น)

ลงชื่อ

ผู้ให้ข้อมูล

วันที่ เดือน พ.ศ.

แบบวัดความพึงพอใจและไม่พึงพอใจ
(แผนบริการให้คำปรึกษา)

เพื่อประโยชน์ในการวัดความพึงพอใจและไม่พึงพอใจนำมาปรับปรุงการให้บริการคำปรึกษาและข้อมูลเทคโนโลยี ของงานคลินิกเทคโนโลยีจึงขอให้ท่านให้ความเห็นตามที่เป็นจริงทุกประการ

ชื่อ นามสกุล

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (เพื่อประโยชน์ในการให้บริการ)

ท่านเคยใช้บริการของคลินิกเทคโนโลยี.....

คำถาม.....

วัน/เดือน/ปี (ของคำถาม).....

การประเมินความพึงพอใจและไม่พึงพอใจในการรับบริการ(โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง)

รายการ	ระดับความพึงพอใจ					ไม่พึงพอใจ (6)
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	
1. ด้านกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ						
1.1 มีช่องทางการให้บริการที่หลากหลาย						
1.2 การให้บริการขั้นตอน ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน						
1.3 การให้บริการมีความสะดวก รวดเร็ว						
2. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ						
2.1 ให้บริการด้วยความสุภาพ เต็มใจ ยินดี						
2.2 ให้บริการด้วยความสะดวก รวดเร็ว						
2.3 ให้บริการตอบข้อซักถามปัญหาได้นำเชื่อถือ						
3. ด้านข้อมูล						
3.1 ได้รับความรู้เพิ่มขึ้น						
3.2 ข้อมูลมีความถูกต้องตรงความต้องการ						
3.3 ข้อมูลที่ได้รับมีประโยชน์						
4. ภาพรวมความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจในการให้บริการ						

5. ท่านคาดว่าจะสามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้หรือไม่

1) ใช้ประโยชน์ได้ (ตอบข้อ 6 ด้วย)

2) ใช้ประโยชน์ไม่ได้ (ไม่ต้องตอบข้อ 6)

6. การนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในลักษณะ

1) เพิ่มรายได้

2) ลดรายจ่าย

3) คุณภาพชีวิต

4) แก้ปัญหาเทคโนโลยี

7. ข้อเสนอแนะ

.....

.....