

**SCB DENTAL COLLEGE AND HOSPITAL, CUTTACK**  
**COMPLAINT/CONCERN/REQUEST/SUGGESTION FORM**  
**Ph. No. 9438079388**  
**(10:00 AM to 04:00 PM in every working period)**

Date \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ (Optional)

Address: \_\_\_\_\_ Phone No/ \_\_\_\_\_

You are a Student/Staff/Patient/Patient Attendant/visitor

Your Complaints on

Academic: Study related/classes/Library (Any Other Specify.....)

Services: Diagnosis/Treatment/Waiting time/Behavior of staff/Medicine availability/

Parking/Canteen/Sanitation/ (Any Other Specify.....)

\_\_\_\_\_

Please prescribe below your complaint/concern/request/suggestion:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Add Additional Sheet if required)

Signature \_\_\_\_\_

<b>OFFICE USE ONLY</b>	
DATE RECEIVED _____	REFERRED TO _____
RESOLVED: YES/NO	PENDING: YES/NO
COMMENTS _____	
_____	
Resolve status intimate by Phone/E Mail /Personal meet.	

ଏସ୍.ସି.ବି. ଦଳ ଚିକିତ୍ସାଳୟ ଏବଂ ମହାବିଦ୍ୟାଳୟ, କଟକ  
ଅଭିଯୋଗ / ଦରକାରୀ / ଅନୁରୋଧ / ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମ  
ଫୋନ୍ ନଂ - ୯୪୩୮୦୭୯୩୮୮  
(ସମସ୍ତ କାର୍ଯ୍ୟ ଦିବସର ୧୦:୦୦ ରୁ ୦୪:୦୦ ମଧ୍ୟରେ)

ତାରିଖ \_\_\_\_\_ ନାମ \_\_\_\_\_ (ଜଜ୍ଞାଧୀନ)

ଠିକଣା: \_\_\_\_\_ ଫୋନ୍ ନଂ \_\_\_\_\_

ଆପଣ ଜଣେ ଛାତ୍ର / କର୍ମଚାରୀ / ରୋଗୀ / ରୋଗୀ ଅଭିଭାବକ / ପରିଦର୍ଶକ  
ଆପଣଙ୍କ ଅଭିଯୋଗ

ମହାବିଦ୍ୟାଳୟ: ଶିକ୍ଷା / ଶ୍ରେଣୀ / ପାଠାଗାର (ଅନ୍ୟ କୌଣସି.....) ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ

ସେବା : ରୋଗ ନିଦାନ / ଚିକିତ୍ସା / ପ୍ରତୀକ୍ଷା ସମୟ / କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ବ୍ୟବହାର / ଗଚ୍ଛିତ ଔଷଧ / ଗାଡ଼ି ରଖିବା ସ୍ଥାନ /  
ଭୋଜନାଳୟ / ସଫେଇ ବ୍ୟବସ୍ଥା / (ଅନ୍ୟ କୌଣସି.....) ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ

ଦୟାକରି ତଳେ ଆପଣଙ୍କର ଅଭିଯୋଗ / ଅନୁରୋଧ / ପ୍ରସ୍ତାବ ନିରୂପଣ କରନ୍ତୁ:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

(ଯଦି ଆବଶ୍ୟକ ହୁଏ କାଗଜ ଯୋଡ଼ି ପାରିବେ)

ଦସ୍ତଖତ \_\_\_\_\_

<b>କେବଳ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ ବ୍ୟବହାର ପାଇଁ</b>	
ଗ୍ରହଣ ତାରିଖ _____	ପ୍ରେରଣ _____
ସଂଶୋଧିତ : ହଁ/ନା	ବିଚାରଧାନ : ହଁ/ନା
ମନ୍ତବ୍ୟ _____	
_____	
_____	
ଫୋନ୍ / ଇ. ମେଲ୍ / ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଭାବେ ସାକ୍ଷାତ ଦ୍ୱାରା ସଂଶୋଧନ କରିଥିବା ବ୍ୟବସ୍ଥାକୁ ଜଣାଇବା ।	