

<input type="checkbox"/> Şikâyet	<input type="checkbox"/> İtiraz	<input type="checkbox"/> Öneri	Tarih	Sayı:
İtiraz / Şikâyet/Öneri Sahibine ait Bilgiler			İtiraz / Şikâyet/Öneri Kaydını Alan Personel	
Unvan		Unvan		
TC Kimlik No		TC Kimlik No		
Adı Soyadı		Adı Soyadı		
Telefon/E-mail		Telefon/E-mail		
İtiraz / Şikâyet/Öneri Konusu				
İtiraz / Şikâyet/Öneri Konu olan Sınav ID / Personel				
İşlemi takip edecek Personel			Şikâyet, İtiraz Komisyonu Toplanmalı mı?	
			<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Faaliyet ve Sonuç				
İtiraz / Şikâyet/Öneri Kapatıldı mı?			<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	

... / ... / 20...

İmza

Adı Soyadı

Unvanı