



LOS ANGELES COUNTY
**DEPARTMENT OF
MENTAL HEALTH**
hope. recovery. wellbeing.

로스엔젤레스 카운티 - 정신 건강국
조사 이메일 견본 초안

[Enter Agency Information]

친애하는 Mr./Mrs.

우리가 당신을 돕게 해주셔서 감사합니다. 저희는 도움을 드리는 모든 사람에게 저희가 가능한 최선의 서비스를 제공하는지 확인하기 위해 당신의 의견을 알고자 합니다. 당신의 저희와의 경험에 관해서 짧은 온라인 조사를 작성하여 주시기를 부탁드립니다. 조사는 10분이상 걸리지 않습니다.

조사에 접속하기 위해 아래의 링크/QR 코드를 클릭하십시오:

<http://www.xxxxxxxxxxxxxx>

조사의 첫번째 화면에서 다음의 정보를 입력하여 주시기 바랍니다:

질문 X: 국가 - 0019

질문 X: 제공자 번호 - XXXX

고객 ID 번호: XXXX

당신이 작성하게 될 조사는 비밀이 유지됩니다. 당신의 상담가는 이것을 보지 않을 것이며, 당신의 응답은 당신의 서비스에 대한 권리에 있어서 절대 어떤 영향도 미치지 않을 것입니다. 정신 건강국은 조사 결과를 서비스의 질을 향상 시키기 위해 사용할 것이기 때문에, 저희는 당신의 견해가 긍정적이든 부정적이든, 당신의 솔직한 의견들에 관심이 있습니다. 당신에 대한 저희의 서비스를 향상시키기 위한 당신의 협조와 도움에 감사드립니다.

만약 당신이 심각하고 민감한 걱정들이 있다면, 제발 논의를 해주시고 혹은 당신을 도울 수 있는 프로그램 매니저에게 이러한 걱정들을 즉시 알려 주십시오. 그리고 이번 조사에 대한 당신의 응답들이 즉각적인 반응을 위해 검토되지 않을 것이므로, 만약 당신이 위험에 처해 있다면 당신의 상담가나 클리닉 매니저에게 즉시 이야기하십시오.

[Enter the names and direct contact information to their designated program and clinic managers for the agency]