

MAJLIS BANDARAYA KUCHING SELATAN

CUSTOMER COMPLAINT FORM

CUSTOMER COMPLAINT FORM	
Reference No.	: _____
Time	: _____
Date	: _____
Complainant	: _____
Address	: _____ _____ _____ _____
Tel.	: _____ (O) _____ (H)
Nature	: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Priority	: _____
Dept. Code	: _____
Nama	: _____