

ÖNERİ FORMU

ÖNERİ SAHİBİNİN			
Adı Soyadı:		Tarih:	
Departman:		İmza:	
ÖNERİNİN			
Kapsamı / Gerekçesi			
Kendi İş Alanı <input type="checkbox"/>		Başka İş Alanı <input type="checkbox"/>	
Kalite İyileştirme	<input type="checkbox"/>	Makine-Kalıp İyileştirilmesi	<input type="checkbox"/>
Verimliliği Arttırma	<input type="checkbox"/>	Müşteri Memnuniyeti	<input type="checkbox"/>
Maliyet Azaltma	<input type="checkbox"/>	İSG	<input type="checkbox"/>
Süreç İyileştirilmesi	<input type="checkbox"/>	Diğer	<input type="checkbox"/>
Çalışma Ortamı İyileştirilmesi	<input type="checkbox"/>		
Problem / Öneri İçeriği			
KONTROLLÜ KOPYA			
Ön Değerlendirme			
Sonuç : <input type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Red <input type="checkbox"/> Daha Sonra Değerlendirme			
Final Değerlendirme			
Sonuç : <input type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Red <input type="checkbox"/> Daha Sonra Değerlendirme			
Yönetim Temsilcisi			
Tarih / İmza :			