માંકડ ફરિયાદ પ્રતિસાદ નોંધવહી

હોટેલ **(DBA):**_____

સરનામું: _____

						ઉધઈ નિયંત્રણ સારવાર તારીખ			
કેસ #	ભાડૂત દ્વારા નોંધાયેલ તારીખ	રૂમ #	મેનેજરે પ્રતિસાદ આપ્યાની તારીખ	માંકડ હોવાની ખાતરી થઈ (હા/ના)	ઑપરેટર દ્વારા કાર્યવાહી કર્યાની તારીખ	પ્રથમ	દ્વિત્તિય	તૃત્તીય	+