



แบบรับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

ทะเบียนรับที่.....  
วันที่.....  
เวลา.....น.

เขียนที่.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน.....  
อาชีพ.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....ตำบล.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....  
มือถือ.....E-mail.....

ประสงค์ร้องทุกข์/ร้องเรียน

- ( ) แจ้งเบาะแส ( ) เหตุความเดือดร้อน ( ) ร้องเรียนเจ้าหน้าที่รัฐ  
( ) ขอความช่วยเหลือ ( ) ขอคำปรึกษา ( ) อื่นๆ (ระบุ).....

มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

และมีความประสงค์ให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้.....

.....  
.....

ในกรณีที่ต้องมีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลต้องการ ( ) เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ( ) ปกปิดข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อเท็จจริงข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและขอรับผิดชอบต่อข้อเท็จจริงข้างต้นทั้งหมด  
และข้าพเจ้ารับทราบว่า การนำความเท็จมาร้องทุกข์/ร้องเรียนต่อเจ้าหน้าที่เป็นความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา

ลงชื่อ.....ผู้ร้องเรียน/ร้องทุกข์  
(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์

ช่องทางที่รับแจ้ง

- บุคคล
  - ( ) แจ้งด้วยตนเองในฐานะผู้รับบริการ/ผู้ได้รับผลกระทบโดยตรง
  - ( ) แจ้งในฐานะญาติ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการเกี่ยวข้องเป็น.....
  - ( ) ผู้มีส่วนได้เสีย หรือ อื่น ๆ (ระบุ).....
- โทรศัพท์
- จดหมาย / Fax. / Email.
- เว็บไซต์ / อินเทอร์เน็ต
- บัตรสนทนา
- อื่น ๆ (ระบุ).....

ประเภทของเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์

- การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข
- การบริหารจัดการ
- ความประพฤติส่วนตัว
- การทุจริต
- ค่าตอบแทน
- ขัดแย้งกับเจ้าหน้าที่/หน่วยงานของรัฐ
- ขอความช่วยเหลือ/ขอความอนุเคราะห์
- คຸ້ມครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข
- การจัดซื้อจัดจ้าง
- อื่น ๆ.....

การดำเนินการในเบื้องต้น

- ยุติเรื่องได้ โดยศูนย์รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ
- ไม่สามารถยุติเรื่องได้ เห็นควร
  - ( ) ส่งเรื่องให้.....ดำเนินการ
  - ( ) แต่งตั้งคณะกรรมการสืบสวน/พิจารณาในเบื้องต้น
  - ( ) แต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวน

(ลงชื่อ).....ผู้รับแจ้ง

(.....)

ตำแหน่ง.....