

เลขที่รับ...../.....

แบบรับเรื่องราวร้องทุกข์/ร้องเรียน

ศูนย์รับเรื่องราวร้องเรียน/ร้องทุกข์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท

วันที่รับ.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

ร้องเรียนทาง หนังสือ/จดหมาย โทรสาร สายด่วน 1330
 โทรศัพท์ มาพบด้วยตนเอง อื่นๆ ระบุ

รายละเอียดการร้องเรียน

ผู้ร้องเรียน ผู้ร้องไม่แจ้งชื่อ ที่อยู่ หรือหมายเลขโทรศัพท์ ชื่อ ที่อยู่ ของผู้ร้องกรณีไม่ต้องการติดต่อกลับ
 ชื่อ ที่อยู่ ของผู้ร้องกรณีต้องการติดต่อกลับ ผู้ร้องแจ้งหมายเลขโทรศัพท์ที่ต้องการติดต่อกลับ

นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี โทรศัพท์.....

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....เลขที่บัตร(อื่นๆ).....

ประเด็นร้องเรียน การทุจริตจัดซื้อจัดจ้าง ความประพฤติของเจ้าหน้าที่ภาครัฐ บริการทางการแพทย์
 สถานพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ อื่นๆ.....

เรื่อง.....

รายละเอียด (ใคร - ทำอะไร - ที่ไหน - อย่างไร - เมื่อไร)

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

(ลงชื่อ).....(ผู้ร้องเรียน)

(.....)

(ลงชื่อ).....(ผู้รับเรื่องร้องเรียน)

(.....)

การดำเนินการเบื้องต้น

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

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจสอบเบื้องต้น
...../...../.....

ความเห็นของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

- เห็นชอบตามเสนอ ยุติเรื่อง
- แต่งตั้งคณะกรรมการสืบสวนหาข้อเท็จจริง แต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนทางวินัย
- รายงานผู้ว่าราชการจังหวัด
- อื่น ๆ

.....
.....

(ลงชื่อ).....
(.....)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยนาท

สรุปผลการดำเนินงาน

- แจ้งผลการดำเนินงานให้ผู้ร้องรับทราบแล้ว.....
- ลงโทษผู้กระทำความผิด.....
- ยุติเรื่อง
- อื่นๆ.....

.....

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน
...../...../.....