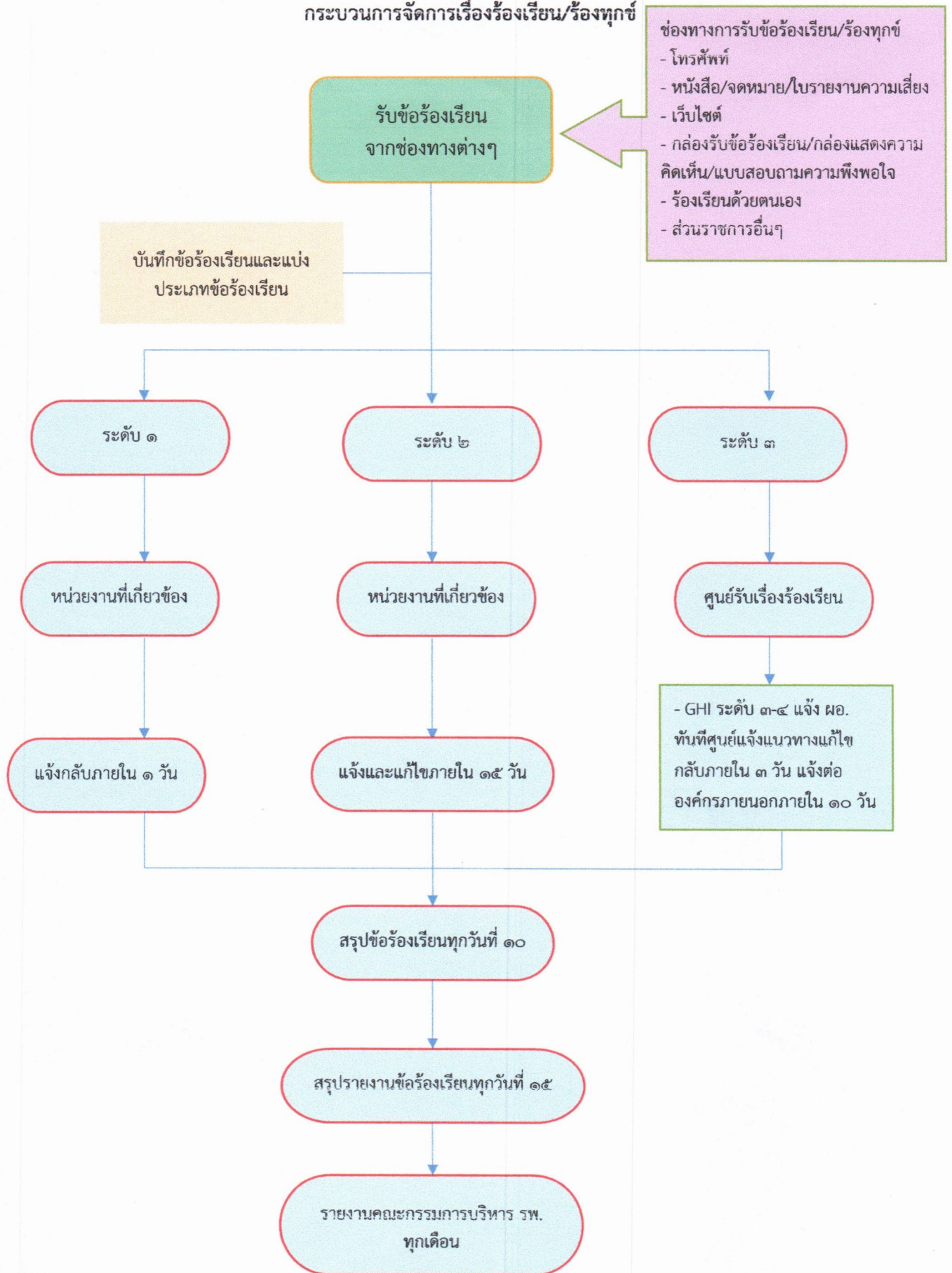


กระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์



แบบฟอร์มแจ้งเรื่องราวร้องทุกข์โรงพยาบาลเกาะสีชัง

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ช่องทางการร้องเรียน () การติดต่อด้วยตนเอง () โทรศัพท์

ข้อมูลผู้ร้องเรียน () ไม่ประสงค์ให้ข้อมูล () ยินดีให้ข้อมูล ชื่อผู้แจ้ง.....

อายุ.....ปี ที่อยู่.....เบอร์โทร.....

๑. เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

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

๒. ประเด็นความต้องการใช้ช่วยเหลือหรือแก้ไข

๒.๑
.....
.....
๒.๒
.....
.....
๒.๓
.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้รับเรื่อง

(.....)

ตำแหน่ง.....

รายงานการจัดการข้อร้องเรียน หน่วยงาน.....โรงพยาบาลเกาะสีชัง.....ปีงบประมาณ.....

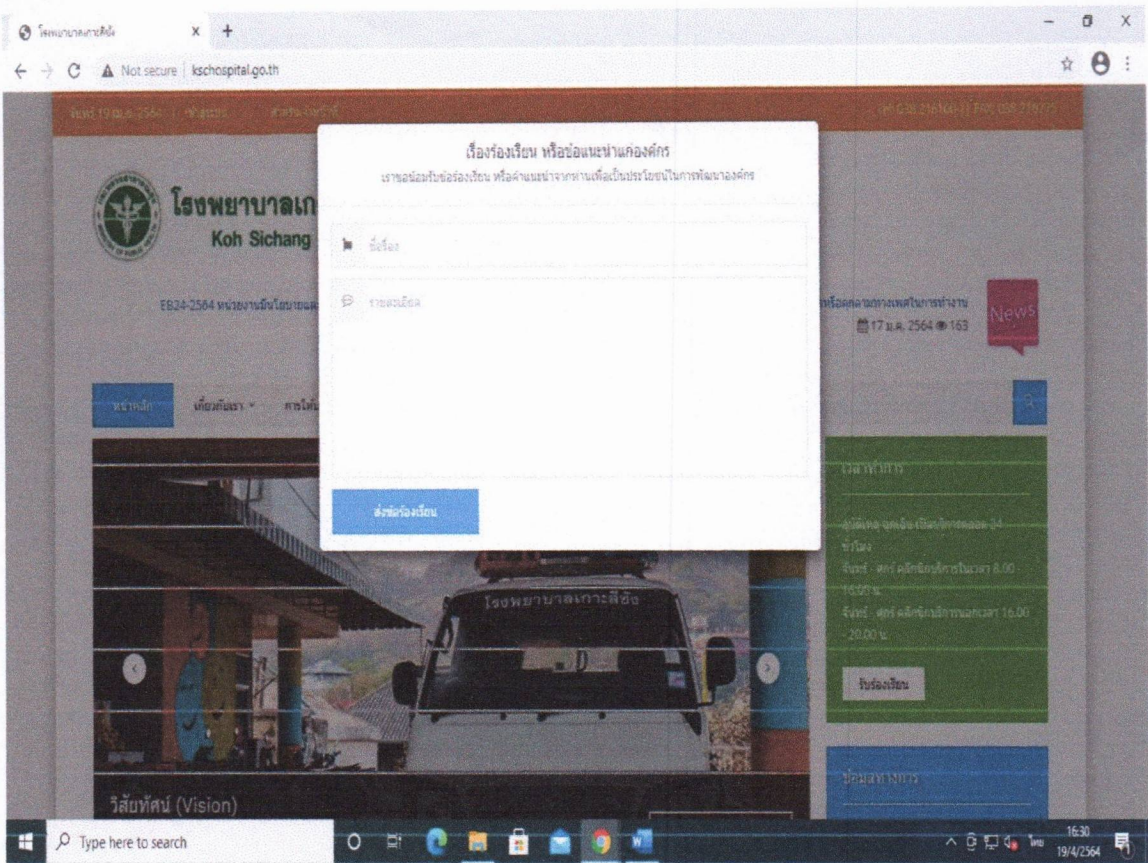
วันที่รับเรื่อง	รายละเอียดข้อร้องเรียน	ช่องทางการรับเรื่อง	ผลการดำเนินการ/แก้ไข	การตอบกลับกรณีผู้ร้องเรียน			ไม่มีข้อมูลผู้ร้อง
				ภายใน ๑๕ วัน	เกิน ๑๕ วัน	ไม่ได้ตอบกลับ	

ชื่อผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ

หากไม่สามารถแจ้งกลับผู้ร้องได้ภายใน ๑๕ วัน ต้องแจ้งให้ผู้ร้องฯ ทราบว่าหน่วยงานได้รับเรื่องไว้ดำเนินการแล้ว โดยจะแจ้งผลการตรวจสอบข้อเท็จจริงให้ทราบในภายหลัง



รายงานการจัดการข้อร้องเรียน หน่วยงาน.....โรงพยาบาลเกาะสีชัง.....ปีงบประมาณ.....

วันที่รับเรื่อง	รายละเอียดข้อร้องเรียน	ช่องทางการรับเรื่อง	ผลการดำเนินการ/แก้ไข	การตอบกลับกรณีผู้ร้องเรียน			ไม่มีข้อมูลผู้ร้อง
				ภายใน ๑๕ วัน	เกิน ๑๕ วัน	ไม่ได้ตอบกลับ	

ชื่อผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ

หากไม่สามารถแจ้งกลับผู้ร้องได้ภายใน ๑๕ วัน ต้องแจ้งให้ผู้ร้องฯ ทราบว่าหน่วยงานได้รับเรื่องไว้ดำเนินการแล้ว โดยจะแจ้งผลการตรวจสอบข้อเท็จจริงให้ทราบในภายหลัง