

บันทึกการรับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์

ศูนย์บริหารจัดการเรื่องราวร้องทุกข์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โทร 043 777971 ต่อ 201



รับเรื่องวันที่ เลขรับที่

ช่องทางร้องเรียน () ด้วยตนเอง () ไปรษณีย์ () โทรศัพท์ () อื่นๆ ระบุ.....

ประเภทเรื่องร้องเรียน

เรื่อง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

ด้วยข้าพเจ้า อายุ.....ปี อาชีพ

ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

โทร.

มีความประสงค์จะ ร้องเรียน/ร้องทุกข์/ขอความเป็นธรรม กรณี นาย/นาง/นางสาว..... ได้กระทำการให้

ที่อยู่/หน่วยงาน..... ได้กระทำการให้

ข้าพเจ้าได้รับความเดือดร้อน และเสียหาย โดยมีข้อเท็จจริงโดยย่อ ดังต่อไปนี้ (ระบุ วันเวลา/สถานที่/การกระทำที่ประสงค์จะร้องเรียน โดยย่อ พอให้เข้าใจเรื่องเบื้องต้น ว่า มีการกระทำผิดอย่างไร)

1. เมื่อวันที่.....

2. จากการกระทำของ..... ดังที่กล่าวแล้ว

ข้าพเจ้า..... จึงขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมาย หรือระเบียบที่เกี่ยวข้องต่อไป

ลงชื่อ ผู้ร้อง

()

ลงชื่อ ผู้รับคำร้อง

()

สำหรับเจ้าหน้าที่ () เสนอผู้บังคับบัญชาทราบ/ส่งการ

() แจ้งหน่วยงานที่รับผิดชอบ/ดำเนินการ (กลุ่มงาน...../เจ้าหน้าที่.....)

() แจ้งยุติเรื่อง เนื่องจาก

เรียน เสนอ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

.....

.....

ความเห็น/ส่งกท ของผู้บังคับบัญชา

.....

.....

ลงชื่อ

()