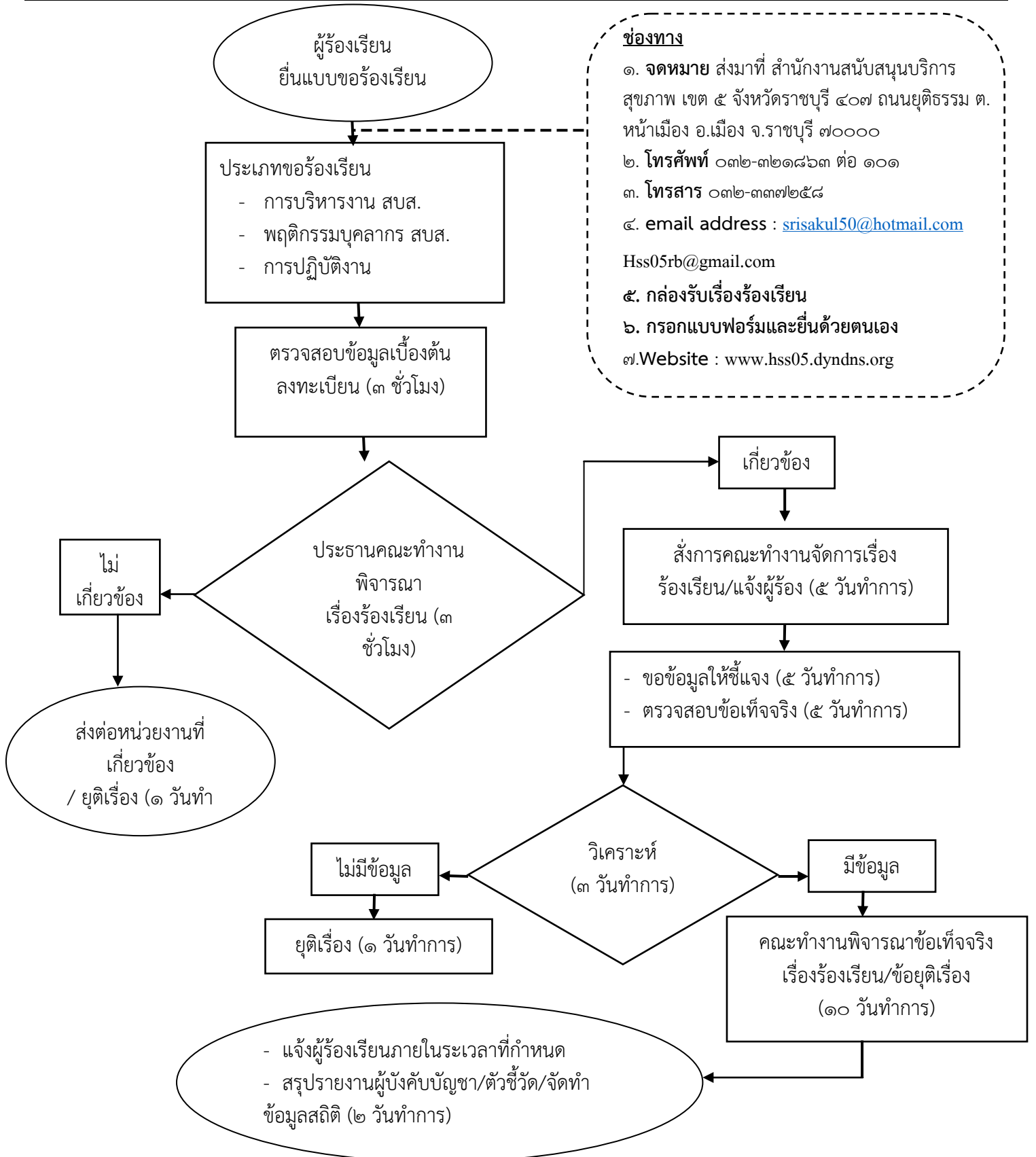


ขั้นตอนการรับร้องเรียนและวิธีพิจารณาข้อร้องเรียน สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต ๕ จังหวัดราชบุรี



ช่องทาง

๑. จดหมาย ส่งมาที่ สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต ๕ จังหวัดราชบุรี ๔๐๗ ถนนยุติธรรม ต.หน้าเมือง อ.เมือง จ.ราชบุรี ๗๐๐๐๐
๒. โทรศัพท์ ๐๓๒-๓๒๑๘๖๓ ต่อ ๑๐๑
๓. โทรสาร ๐๓๒-๓๓๗๒๕๘
๔. email address : srisakul50@hotmail.com
Hss05rb@gmail.com
๕. กล่องรับเรื่องร้องเรียน
๖. กรอกแบบฟอร์มและยื่นด้วยตนเอง
๗. Website : www.hss05.dyndns.org



แบบฟอร์มรับเรื่องร้องเรียน

กรุณากรอกข้อมูลโดยใส่เครื่องหมาย ✓ ในกล่องข้อความที่ตรงกับท่าน และกรอกรายละเอียดข้อมูลของท่านลงในช่องว่างให้ชัดเจน

ข้อมูลทั่วไปของผู้แจ้ง

1. เรื่องที่ร้องเรียน [] เรื่องทุจริตประพฤติมิชอบ [] เรื่องวินัยจรรยาเจ้าหน้าที่ [] เรื่องการปฏิบัติงาน [] อื่นๆ
โปรดระบุ.....
2. [] บุคคลภายนอก [] บุคคลภายใน
3. เพศ [] ชาย [] หญิง
4. อายุ [] ต่ำกว่า 20 ปี [] 21-30 ปี [] 31-40 ปี [] 41-50 ปี [] 51-60 ปี [] 61 ปีขึ้นไป
5. สถานะของเรื่องที่แจ้ง [] ไม่เร่งด่วน [] เร่งด่วน [] เร่งด่วนที่สุด
6. วัน..... เดือน..... ปี..... ที่แจ้งเรื่อง

ข้อมูลที่ต้องการแจ้ง

หัวเรื่อง

เรียนถึง

รายละเอียด

ระบุ เอกสาร/หลักฐาน/พยานบุคคลอ้างอิง (ถ้ามี)

สิ่งที่ท่านต้องการให้ดำเนินการ

ที่อยู่ในการติดต่อกลับ (หากต้องการ)

ลงชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....ผู้ร้องเรียน



ขอขอบคุณที่ร่วมแจ้งเรื่องเพื่อพัฒนาหน่วยงานของเราให้ดียิ่งขึ้น