

แบบคำร้องทุกข์/ร้องเรียน (ด้วยตนเอง)

ที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน
โรงพยาบาลหนองขาย

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....
เรื่อง.....

เรียน โรงพยาบาลหนองขาย

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี อายุบ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ที่บ้าน..... อายุ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....
อาชีพ..... ตำแหน่ง.....
ถือบัตร..... เลขที่.....
ออกโดย..... วันออกบัตร..... บัตรหมดอายุ.....
มีความประสงค์ขอร้องทุกข์/ร้องเรียน เพื่อให้โรงพยาบาลหนองขายดำเนินการช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหาใน
เรื่อง.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำร้องทุกข์/ร้องเรียนตามข้างต้นเป็นจริง และยินดีรับผิดชอบทั้งทางแพ่งและทาง
อาญาหากจะพิสูจน์ได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

โดยข้าพเจ้าขอส่งเอกสารหลักฐานประกอบการร้องทุกข์/ร้องเรียน (ถ้ามี) ได้แก่

- 1) จำนวน..... ชุด
- 2) จำนวน..... ชุด
- 3) จำนวน..... ชุด
- 4) จำนวน..... ชุด

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ร้องทุกข์/ร้องเรียน

(แบบคำร้องเรียน 2)

แบบคำร้องทุกชี/ร้องเรียน (โกรสัพท์)

ที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน
โรงพยาบาลหนองขายบ่ำ

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

เรื่อง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองขายบ่ำ

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี อายุบ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....
อาชีพ..... ตำแหน่ง.....

มีความประสงค์ขอร้องทุกชี/ร้องเรียน เพื่อให้โรงพยาบาลหนองขายบ่ำดำเนินการช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหาใน
เรื่อง.....

โดยขออ้าง.....

เป็นพยานหลักฐานประกอบ

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำร้องทุกชี/ร้องเรียนตามข้างต้นเป็นจริง และ เจ้าหน้าที่ได้แจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ
แล้วว่าหากเป็นคำร้องที่ไม่สุจริตอาจต้องรับผิดตามกฎหมายได้

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่ผู้รับเรื่อง
(.....)
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....
เวลา.....

(ตอบข้อร้องเรียน 1)

แบบแจ้งการรับเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียน

ที่..... /.....

โรงพยาบาลหนองขาย่าง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองขัยนาท

ตามที่ท่านได้ร้องทุกข์/ร้องเรียน ผ่านศูนย์รับเรื่องร้องเรียนโรงพยาบาลหนองขาย่างโดยทาง
() หนังสือร้องเรียนทางไปรษณีย์ () ด้วยตนเอง () ทางโทรศัพท์ () อีเมลฯ.....
ลงวันที่..... เกี่ยวกับเรื่อง.....
นั้น

โรงพยาบาลหนองขาย่างได้ลงทะเบียนรับเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียนของท่านไว้แล้วตามที่เบียนรับเรื่อง เลขรับ
ที่..... ลงวันที่..... และโรงพยาบาลหนองขาย่างได้พิจารณาเรื่องของท่านแล้ว
เห็นว่า

() เป็นเรื่องที่อยู่ในอำนาจหน้าที่โรงพยาบาลหนองขาย่างและได้มอบหมาย
ให้..... เป็นหน่วยตรวจสอบและดำเนินการ

() เป็นเรื่องที่ไม่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของโรงพยาบาลหนองขาย่างและได้จัดส่งเรื่อง
ให้..... ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปแล้วทั้งนี้
ท่านสามารถติดต่อประสานงาน หรือขอทราบผลโดยตรงกับหน่วยงานดังกล่าวได้อีกทางหนึ่ง

() เป็นเรื่องที่มีกฎหมายบัญญัติขึ้นตอนและวิธีการปฏิบัติไว้เป็นการเฉพาะแล้ว ตามกฎหมาย
..... ซึ่งขอให้ท่านดำเนินการตามขั้นตอนและวิธีการที่กฎหมายนั้นบัญญัติไว้
ต่อไป

จึงแจ้งมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

โรงพยาบาลหนองขาย่าง

โทร. 0-5659-7086