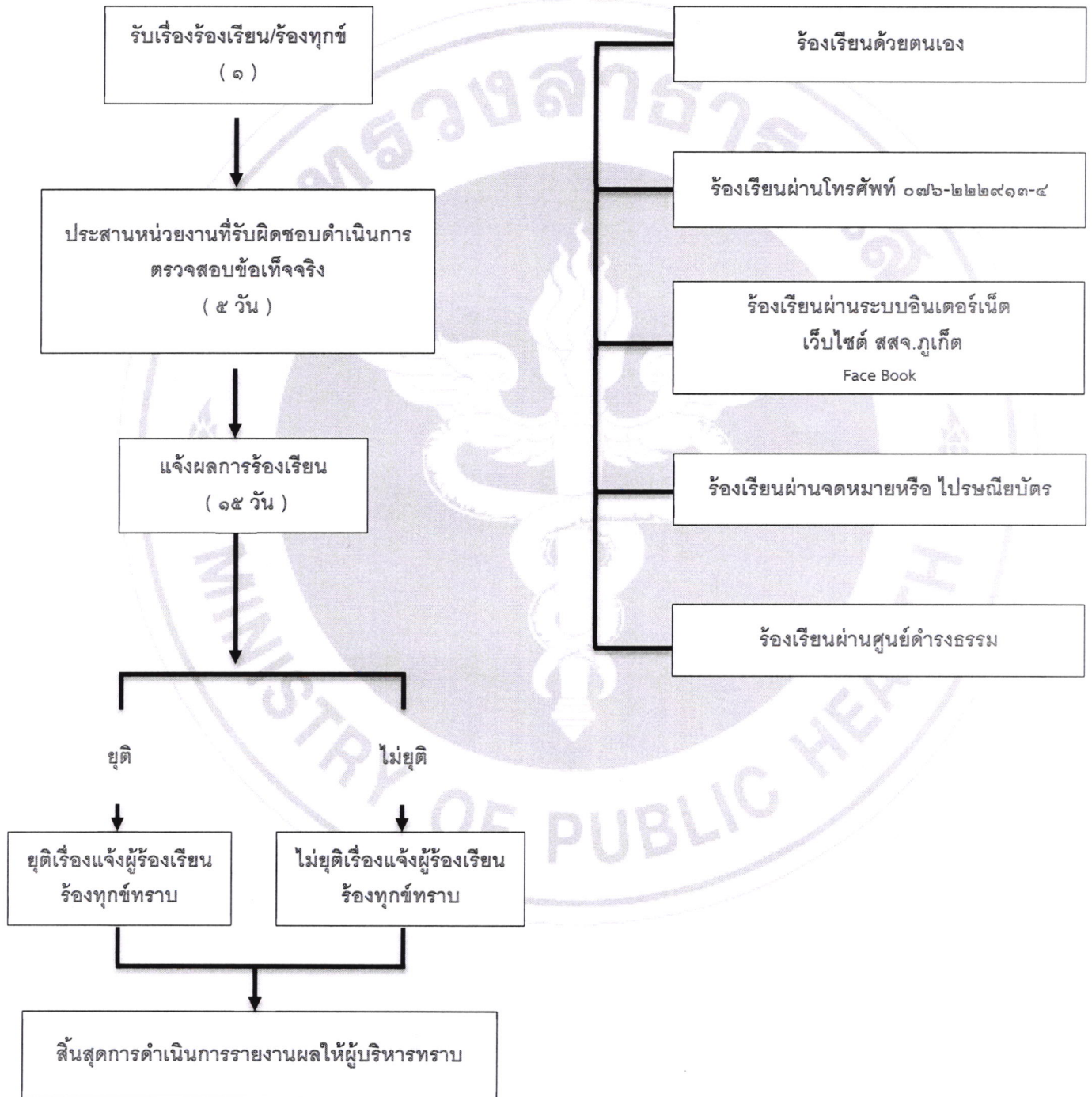


แผนผังกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนทั่วไป พ.ศ.๒๕๖๔  
สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต

\*\*\*\*\*



นางสาวณัฐธิดา หิรัญ  
เจ้าหน้าที่รับเรื่องร้องเรียน / กลุ่มฝ่ายกฎหมาย  
\*\*\*\*\*

# แบบคำร้องทุกข์/ร้องเรียน (โทรศัพท์)

(แบบคำร้องเรียน ๒)

เขียนที่กลุ่มกฎหมาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

อาชีพ.....บัตรประชาชนออกโดย.....เลขที่.....

วันออกบัตร.....บัตรหมดอายุ.....ที่อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....ถนน.....หมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์มือถือ.....E-mail.....มีความประสงค์ขอร้องทุกข์/ร้องเรียน

เพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ตพิจารณาดำเนินการช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหา

เรื่อง.....

.....

.....

.....

.....

โดยขออ้าง.....

.....

.....

.....เป็นพยานหลักฐานประกอบ

ทั้งนี้ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำร้องทุกข์/ร้องเรียนตามข้างข้างต้นเป็นความจริงและเจ้าหน้าที่ได้  
แจ้งให้ทราบแล้วหากเป็นคำร้องที่ไม่สุจริตอาจต้องรับผิดชอบทั้งทางแพ่งและทางอาญาหากจะมี

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับเรื่อง

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เวลา.....

กลุ่มกฎหมาย

โทร.๐๗๖-๒๒๒๙๑๓-๔ ต่อ ๑๔๒๐