



แบบร้องทุกข์/ร้องเรียน/แนะนำระบบบริการ (ด้วยตัวเอง)

คร.๑

ที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนโรงพยาบาลชัยบุรี

วันที่...๑๗.....เดือน...พ.ย.....พ.ศ...๒๕๖๕.....

เรื่อง ร้องเรียนกรณีความผิดพลาดในการให้บริการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยบุรี

ข้าพเจ้าชื่อ-สกุล..นางสุวารินทร์ ช่วยบำรุง...อายุ..๔๒...ปี อยู่บ้านเลขที่..๑๑๑/๔...หมู่ที่..๔.....
ตำบล...ไทรทอง.....อำเภอ.....ชัยบุรี.....จังหวัด...สุราษฎร์ธานี.....

เบอร์โทรศัพท์บ้าน.....เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....๐๘๒๒๗๓๑๑๙๕.....

มีความประสงค์ขอร้องเรียน/ร้องทุกข์/แนะนำระบบบริการ เพื่อให้โรงพยาบาลชัยบุรี พิจารณาดำเนินการ
ช่วยเหลือหรือปรับปรุงแก้ไขปัญหาในเรื่อง

๑. ความผิดพลาดในการให้บริการ ของแพทย์/ห้องเอ็กซเรย์

.....

.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำร้องทุกข์/ร้องเรียน/แนะนำระบบบริการ ข้างต้นเป็นจริงทุก
ประการ โดยข้าพเจ้าขอส่งเอกสารหลักฐานประกอบการร้องทุกข์/ร้องเรียน/แนะนำระบบบริการ (ถ้ามี) ได้แก่

๑).....จำนวน.....ชุด

๒).....จำนวน.....ชุด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ) นางสุวารินทร์ ช่วยบำรุง

(นางสุวารินทร์ ช่วยบำรุง)

ร้องเรียน



แบบร้องทุกข์/ร้องเรียน/แนะนำระบบบริการ (ด้วยตนเอง) คร.๒

ที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนโรงพยาบาลชัยบุรี

วันที่.....๑๗.....เดือน..พฤศจิกายน ..พ.ศ...๒๕๖๕.....

เรื่อง ขอร้องเรียน/ร้องทุกข์กรณี/แนะนำระบบบริการ....ความสนใจของแพทย์ต่อผู้รับบริการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยบุรี

ข้าพเจ้าชื่อ-สกุล..นางสุวารินทร์ ช่วยบำรุง...อายุ...๔๒..ปี อยู่บ้านเลขที่..๑๑๑/๔...หมู่ที่...๔
ตำบล.....ไทรทอง\.....อำเภอ.....ชัยบุรี.....จังหวัด.....สุราษฎร์ธานี.....เบอร์โทรศัพท์บ้าน.....
.....เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....๐๘๒๒๗๓๑๑๙๕.....

มีความประสงค์ขอร้องเรียน/ร้องทุกข์/แนะนำระบบบริการ เพื่อให้โรงพยาบาลชัยบุรี พิจารณาดำเนินการแก้ไข
ปัญหาในเรื่อง การให้บริการของแพทย์ / เอ็กเซย์

.....
.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำร้องทุกข์/ร้องเรียน/แนะนำระบบบริการ ข้างต้นเป็นจริงทุก
ประการ และเจ้าหน้าที่ได้แจ้งให้ข้าพเจ้าทราบแล้วว่าหากเป็นคำร้องที่ไม่สุจริตอาจต้องรับผิดชอบตามกฎหมายได้

(ลงชื่อ).....

(นางสาวกิตติพรรณ โรจนสารัมภกิจ)

เจ้าหน้าที่ผู้รับเรื่อง

วันที่.....๑๗.....เดือน.....พฤศจิกายน.....พ.ศ...๒๕๖๕.....

เวลาที่รับเรื่อง.....๑๓.๓๖.....น.....



บันทึกข้อความ

ศร.๓

ส่วนราชการ ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน โรงพยาบาลชัยบุรี อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี
ที่ สฎ ๐๐๓๒.๓๐๕ /..๒ วันที่ ๑๗ พย. ๒๕๖๕

เรื่อง การตอบรับเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียน/แนะนำระบบบริการ
เรียน คุณสุวารินทร์ ช่วยบำรุง (ผู้ร้องเรียน/ร้องทุกข์/แนะนำระบบบริการ)

ตามที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน โรงพยาบาลชัยบุรี ได้รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์/แนะนำระบบ
บริการ ด้วยตนเอง.....ตามเลขที่เอกสารร้องเรียน.....๒..... / ๒๕๖๖.....ลงวันที่..๑๗.. พย. ๒๕๖๕.....
เกี่ยวกับเรื่อง....ประเด็น การให้บริการของแพทย์ / เอ๊กเซย์

ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน โรงพยาบาลชัยบุรี ได้ลงทะเบียนรับเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียน/แนะนำ
บริการ และโรงพยาบาลชัยบุรีได้พิจารณาเรื่องของท่านแล้วเห็นว่า

(✓) เป็นเรื่องที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของโรงพยาบาลชัยบุรี และได้มอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
เป็นหน่วยตรวจสอบและดำเนินการ

() เป็นเรื่องที่ไม่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของโรงพยาบาลชัยบุรี และได้จัดส่งเรื่องให้.....ซึ่ง
เป็นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ท่านสามารถประสานงานได้ที่.....โดยตรง
และมอบหมายพิจารณาแล้ว หากทราบผลประการใด จะเรียนให้ทราบต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นางสาววิลาสินี ฉิมภักดี)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยบุรี

ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน โรงพยาบาลชัยบุรี

โทร ๐๗๗-๓๖๗๐๗๕ ต่อ ๓๑๐๒

โทรสาร ๐๗๗-๓๖๗๓๓๖



บันทึกข้อความ

คร.๔

ส่วนราชการ ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน โรงพยาบาลชัยบุรี อำเภอยะบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี
ที่ สฎ ๐๐๓๓.๓๐๕ / วันที่ ..๑๗....พฤศจิกายน.... ๒๕๖๕.....
เรื่อง แจ้งผลสรุปเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์/แนะนำบริการต่อผู้รับบริการ

เรียน คุณสุวารินทร์ ช่วยบำรุง..... (ผู้ร้องเรียน/ร้องทุกข์/แนะนำบริการ)

ตามที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน โรงพยาบาลชัยบุรี ได้รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์/แนะนำบริการของท่าน
ตามที่ท่านได้ร้องเรียน/ร้องทุกข์/แนะนำบริการไว้ เรื่อง ประเด็นการให้บริการ
เลขที่เอกสาร No. ...๒ / ๒๕๖๖....ลงวันที่...๑๗ พฤศจิกายน.. ๒๕๖๕.....นั้น

ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน โรงพยาบาลชัยบุรี ได้รับแจ้งผลการดำเนินการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ตามประเด็นที่ท่านได้ร้องเรียน/ร้องทุกข์/แนะนำบริการ แล้ว ปรากฏข้อเท็จจริงโดยสรุปได้ว่า.....

ดังรายละเอียดที่ปรากฏตามหนังสือฉบับนี้ หากท่านมีสิ่งที่สงสัยหรือไม่เห็นด้วยประการใด ขอให้แจ้ง
คัดค้านพร้อมพยานหลักฐานประกอบด้วย
จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นางสาววิลาสินี ฉิมภักดี)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยบุรี

ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน โรงพยาบาลชัยบุรี

โทร ๐๗๗-๓๖๗๐๗๕ ต่อ ๓๐๒

โทรสาร ๐๗๗-๓๖๗๓๓๖

ช่องทางการร้องเรียน

MUI 29
10/7

