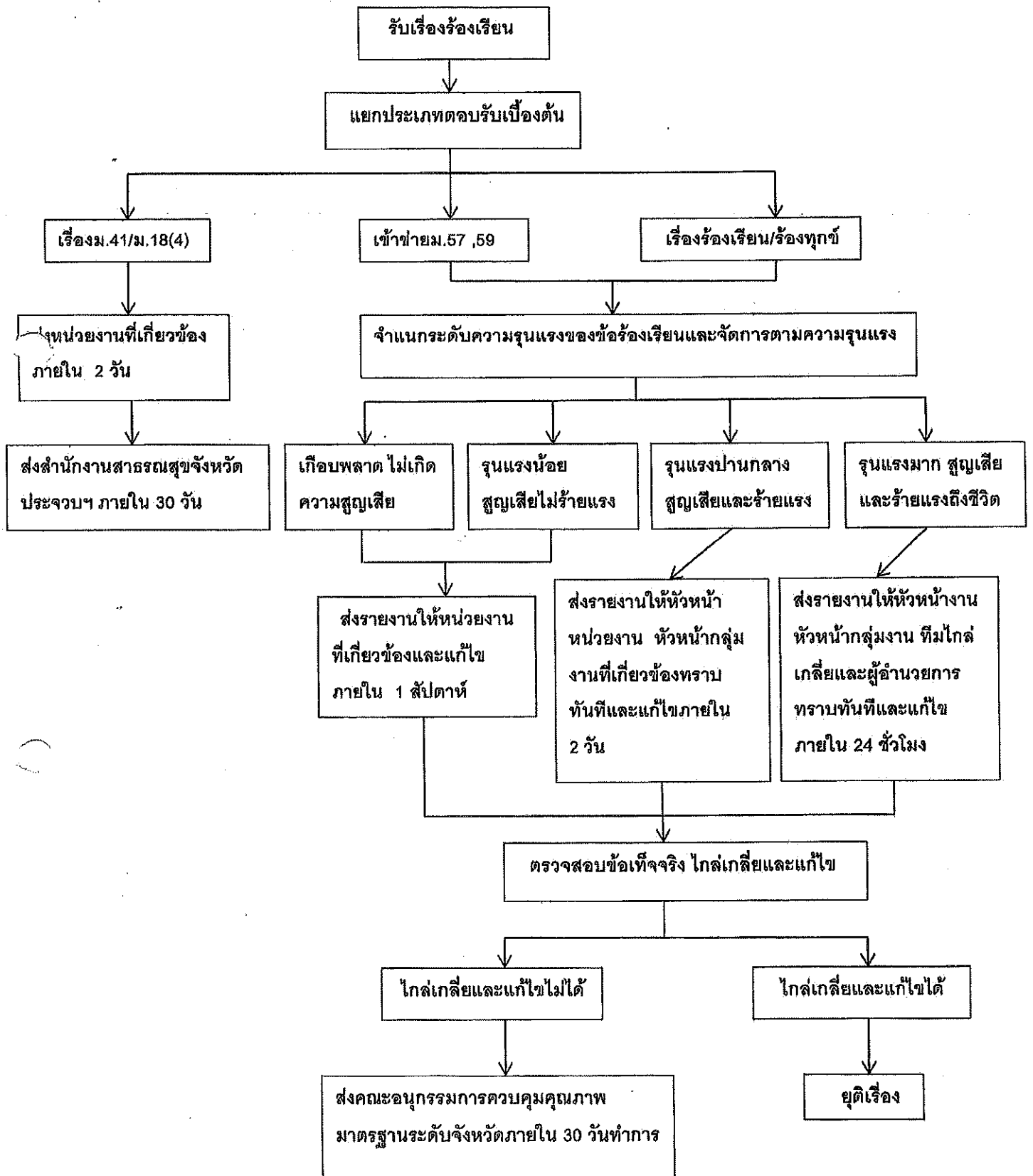


## การดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียน



<b>บันทึกการรับเรื่องร้องเรียน / ร้องทุกข์</b>	
วันที่ร้องเรียน / ร้องทุกข์.....วันที่พบเรื่อง.....เลขที่รับ.....	
ช่องทางร้องเรียน / ร้องทุกข์	<input type="checkbox"/> ผู้ปล. <input type="checkbox"/> โทรศัพท <input type="checkbox"/> จดหมาย <input type="checkbox"/> มาพบด้วยตนเอง <input type="checkbox"/> โทรสาร <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
ผู้ร้องเรียน ชื่อ - สกุล.....	เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ปี
อาชีพ.....	ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....
สิทธิ.....	เลขที่บัตรประกันสุขภาพ.....จังหวัดที่ลงทะเบียน.....
หน่วยงานที่ถูกร้องเรียน / ร้องทุกข์ .....	
ประเด็นที่ถูกร้องเรียน	<input type="checkbox"/> หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร <input type="checkbox"/> ถูกเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิจะเรียกเก็บ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่กำหนด
ประเด็นร้องทุกข์	<input type="checkbox"/> การลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพ <input type="checkbox"/> สิทธิไม่ตรงตามจริง(สิทธิซ้ำซ้อน) <input type="checkbox"/> ขอความช่วยเหลือ..... <input type="checkbox"/> ข้อเสนอแนะ..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
เรื่อง.....	ชี้แจงรายละเอียด
รายละเอียด	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
ลงชื่อ.....	ผู้บันทึก
วันที่บันทึก.....	คำสั่งการ.....
สรุปคดีเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์	..... ..... ..... ..... .....
ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
วันที่ยุติ.....จำนวนวันที่แก้ไขปัญหา.....วัน	(นางสาวกิริติกุล อองศาธา)
.....ผู้รายงาน/บันทึก	นายแพทย์ปฏิบัติการ
	รักษากร ในตำแหน่ง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกุยบุรี

บันทึกตอบรับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์

เรียน

โรงพยาบาลกุนนุรีขอตอบเรื่องร้องทุกข์ที่ท่านได้ร้องทุกข์กับทางโรงพยาบาลไว้ดังนี้  
ชื่อร้องเรียน / ร้องทุกข์ .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

บันทึกตอบกลับ .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ลงนาม.....

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกุนนุรี

ใบแสดงความคิดเห็น/ใบคำร้องเรียนของผู้รับบริการ

ชื่อผู้รับบริการ:	วันที่เกิดเหตุ:
ที่อยู่ติดต่อได้:	หน่วยงานที่ท่านร้องเรียน:
เบอร์โทรติดต่อ:	

ข้อร้องเรียน(ปัญหา)ที่พบ:

---

---

---

---

ข้อเสนอแนะ:

---

---

---

---

ต้องการให้ตอบกลับ (ตามชื่อ/ที่อยู่ที่เราไว้)       ไม่ ต้องการให้ตอบกลับ

ใบแสดงความคิดเห็น/ใบคำร้องเรียนของผู้รับบริการ

ชื่อผู้รับบริการ:	วันที่เกิดเหตุ:
ที่อยู่ติดต่อได้:	หน่วยงานที่ท่านร้องเรียน:
เบอร์โทรติดต่อ:	

ข้อร้องเรียน(ปัญหา)ที่พบ:

---

---

---

---

ข้อเสนอแนะ:

---

---

---

---

ต้องการให้ตอบกลับ (ตามชื่อ/ที่อยู่ที่เราไว้)       ไม่ ต้องการให้ตอบกลับ