รหัสรับเรื่องร้องเรียน..... เลขที่รับ...../.....

- ลับ -

แบบบันทึกการรับเรื่องร้องเรียน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

1. วันที่รับ.....**เวลา**.....น.
ช่องทางที่รับเรื่องร้องเรียน ☐ **จดหมาย** ☐ **โทรศัพท์** ☐ **มาพบด้วยตนเอง** ☐ **อื่นๆ ระบุ**.....

2. ผู้ร้องเรียน ชื่อ - สกุล.....**อายุ**.....**ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน**.....
ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....
.....

.....
.....
โทรศัพท์.....**E-mail / Line ID**.....

3. ประเด็นที่ร้องเรียน ☐ **อาหาร** ☐ **ยา** ☐ **เครื่องมือแพทย์** ☐ **เครื่องสำอาง**
☐ **สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ** ☐ **สถานพยาบาล** ☐ **อื่นๆ**.....

4. เรื่อง.....
.....

5. รายละเอียด.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- ลับ -

.....

.....

.....

.....

.....

.....(ต่อหน้าหลัง)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อเท็จจริงที่ได้ยื่นร้องเรียนต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เป็นความจริงทุกประการและขอรับผิดชอบ ต่อข้อเท็จจริงดังกล่าวข้างต้นทั้งหมด และข้าพเจ้ารับทราบว่าการนำความเท็จมาร้องเรียนต่อเจ้าหน้าที่ ซึ่งทำให้ผู้อื่นได้รับความเสียหาย เป็นความผิดตามประมวลกฎหมายอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อพนักงานเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....ผู้ร้องเรียน รับเรื่องโดย ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. หลักฐานเบื้องต้นที่ได้ยื่นประกอบคำร้องเรียน ดังนี้ (ถ้ามี)

- จดหมาย ☐ เทปบันทึกเสียง ☐ เอกสารหรือรูปภาพ ☐ แผ่นซีดี ☐ อื่นๆ.....
- ตัวอย่าง
  ผลิตภัณฑ์.....
  .....จำนวน.....

<u>หมายเหตุ</u> กรณีเป็นการร้องเรียนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ โปรดระบุ เลขทะเบียนตำรับ เลขที่ใบรับแจ้ง หรือเลขสารบบอาหาร ชื่อผลิตภัณฑ์ รุ่นการผลิต (lot No) ครั้งที่ผลิต (Batch No) วันที่ผลิต วันหมดอายุ สถานที่ผลิต (ถ้ามี)

เรียน หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ การพิจารณา/ดำเนินการเบื้องต้นดังนี้.....

.....

.....

.....

.....

.....

- ลับ -

การจัดระดับความเสี่ยง

ลงชื่อ.....**ผู้รับเรื่อง/ผู้ดำเนินการ**

ควา□เสี่ยงมาก □ ความเสี่ยงปานกลาง วัน ที่.....

ควา□เสี่ยงน้อย

5. รายละเอียด (ต่อจากหน้าแรก).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- ลับ -

ลงชื่อ.....ผู้ร้องเรียน รับเรื่องโดย
ลงชื่อ.....
(.....)
(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ

เห็นควร ☐ ดำเนินการตามเสนอ ☐ อื่นๆ
ระบุ.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง

หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ

วัน

ที่.....

- ลับ -

ความเห็น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

☐ ดำเนินการตามเสนอ ☐ ทราบ ยุติเรื่อง ☐ อื่นๆ

ระบุ.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วัน

ที่.....