



คู่มือปฏิบัติงาน

การจัดการเรื่องราวร้องเรียนทั่วไป



สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

คำนำ

คู่มือการปฏิบัติงานรับเรื่องราวร้องทุกข์ของ ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางการดำเนินการจัดการข้อร้องเรียนของศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ ทั้งนี้ การจัดการข้อร้องเรียนจนได้ข้อยุติ ให้มีความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ จำเป็นจะต้องมีขั้นตอน กระบวนการ และแนวทางในการปฏิบัติงานที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกัน

ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์

ตุลาคม ๒๕๖๗

คู่มือการปฏิบัติงานรับเรื่องราวร้องทุกข์

ศูนย์รับเรื่องราวร้องเรียน/ร้องทุกข์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์

หลักการและเหตุผล

ตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖ ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติราชการ มุ่งให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน โดยยึดประชาชนเป็น ศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน ให้เกิดความผาสุกและความเป็นอยู่ที่ดีของ ประชาชน เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อ งานบริการมีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่าในการให้บริการ ไม่มี ขั้นตอนปฏิบัติงานเกินความจำเป็น มีการปรับปรุงภารกิจให้ทันต่อสถานการณ์ ประชาชนได้รับการ อำนวยความสะดวกและได้รับการตอบสนองความต้องการ และมีการประเมินผลการให้บริการ สม่าเสมอ

การจัดตั้งศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์

เพื่อให้การบริหารระบบราชการเป็นไปด้วยความถูกต้อง บริสุทธิ์ ยุติธรรม ควบคู่กับการพัฒนาบำบัดทุกข์ บำรุงสุข ตลอดจนดำเนินการไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยความรวดเร็วประสบความสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม อีกทั้งเพื่อเป็นศูนย์รับแจ้งเบาะแสการทุจริต หรือไม่ได้รับความเป็นธรรมจากการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ จึงได้จัดตั้งศูนย์รับเรื่องราวร้องเรียน/ร้องทุกข์ ขึ้น ซึ่งในกรณีการร้องเรียนที่เกี่ยวกับบุคคล จะมีการเก็บรักษาเรื่องราว ไว้เป็นความลับและปกปิดชื่อผู้ร้องเรียน เพื่อมิให้ผู้ร้องเรียนได้รับผลกระทบและได้รับความเดือดร้อนจากการร้องเรียน

สถานที่ตั้ง

ตั้งอยู่ ณ ห้องทำงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ หมู่ ๔ ถนนสระแก้ว - จันทบุรี ตำบลวังสมบูรณ์ อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ๒๗๒๕๐

หน้าที่ความรับผิดชอบ

เป็นศูนย์กลางในการรับเรื่องราวร้องทุกข์และให้บริการข้อมูลข่าวสาร ให้คำปรึกษา รับเรื่องปัญหาความต้องการและข้อเสนอแนะของประชาชน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานในการรับเรื่องราวร้องเรียน ร้องทุกข์ หรือขอความช่วยเหลือให้มีมาตรฐานเดียวกันและเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
๒. เพื่อให้การดำเนินงานจัดการข้อร้องเรียนของ องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยน้ำขาว มีขั้นตอน/กระบวนการ และแนวทางในการปฏิบัติงานเป็นมาตรฐานเดียวกัน
๓. เพื่อสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานที่มุ่งไปสู่การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ
๔. เพื่อเผยแพร่ให้กับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ทราบกระบวนการ
๕. เพื่อให้มั่นใจว่าได้มีการปฏิบัติตามข้อกำหนด ระเบียบหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจัดการ ข้อร้องเรียนที่กำหนดไว้อย่างสม่าเสมอ และมีประสิทธิภาพ

คำจำกัดความ

ข้อร้องเรียน	มีความหมายครอบคลุมถึงเรื่อง ข้อร้องเรียน / ข้อเสนอแนะ / ข้อคิดเห็น / คำชมเชย / การสอบถามหรือร้องขอข้อมูล
ผู้ร้องเรียน	ประชาชนทั่วไป, องค์กรภาครัฐ / ภาคเอกชน, ผู้รับบริการ, ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่ติดต่อมายัง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ ผ่านช่องทางต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์ครอบคลุมการ ร้องเรียน / การให้ข้อเสนอแนะ / การให้ข้อคิดเห็น / การชมเชย / การ สอบถามหรือร้องขอข้อมูล
เจ้าหน้าที่รับข้อร้องเรียน	เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจัดการข้อร้องเรียนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์
หน่วยงาน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการแก้ไข ปรับปรุงตามข้อร้องเรียนในเรื่องนี้ๆ
ผู้ที่เกี่ยวข้องในหน่วยงาน	สาธารณสุขอำเภอ หรือ หัวหน้ากลุ่ม/ ฝ่าย / งาน หรือคณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการแก้ไข ปรับปรุงตามข้อร้องเรียนในเรื่องนี้ๆ
หน่วยงานภายนอก	หน่วยงานหรือองค์กรนอก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์
ระดับข้อร้องเรียน	เป็นการจำแนกความสำคัญของข้อร้องเรียนออกเป็น 3 ระดับ

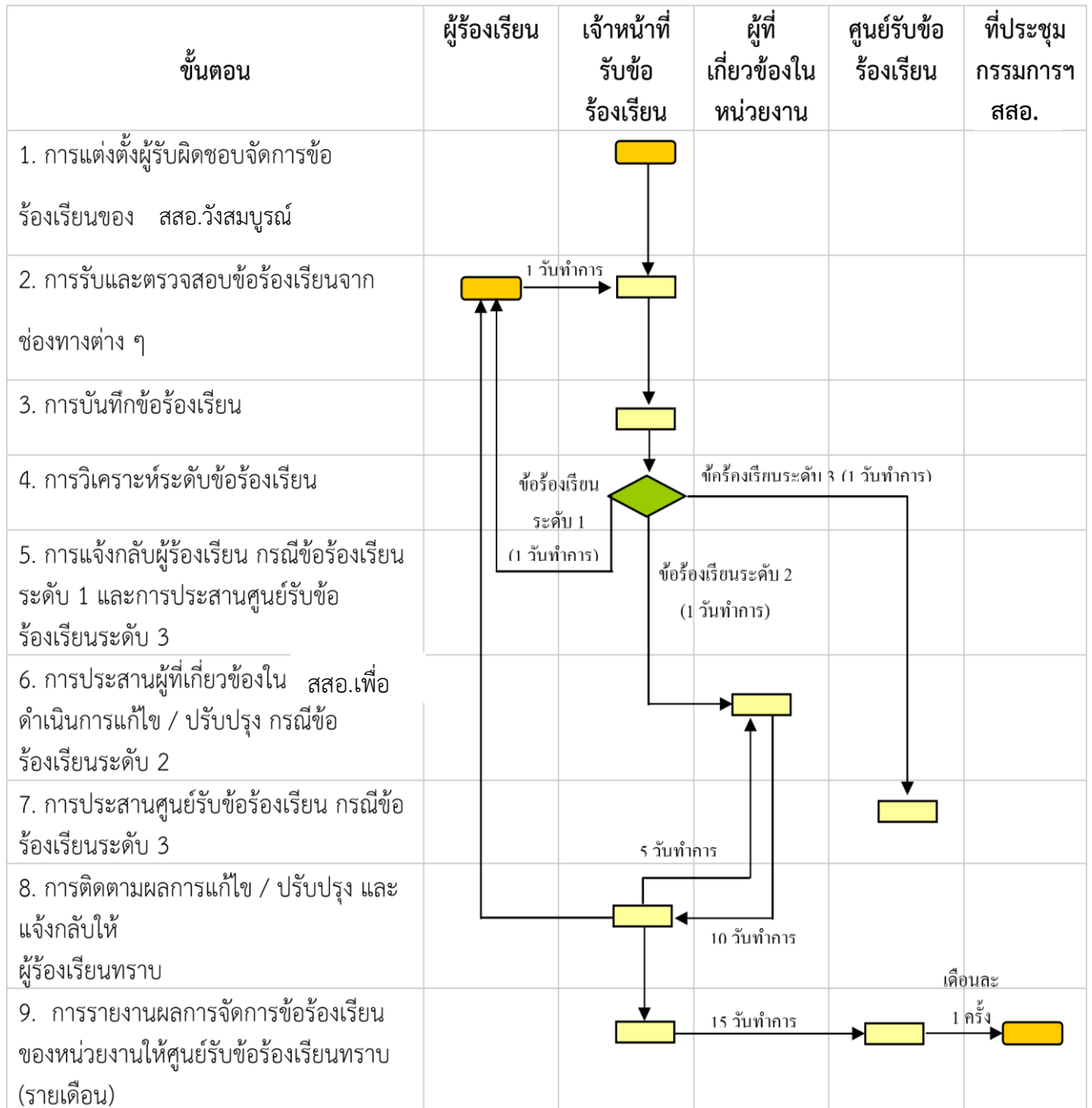
ระดับ	๑	๒	๓
ประเภท	ข้อคิดเห็น, ข้อเสนอแนะ, คำชมเชย, สอบถามหรือร้องขอข้อมูล	ข้อร้องเรียนแก้ไขได้เอง	ข้อร้องเรียนนอกเหนือบทบาทอำนาจหน้าที่ สสอ.
นิยาม	ผู้ร้องเรียนไม่ได้รับความเดือดร้อน แต่ติดต่อมาเพื่อให้ข้อเสนอแนะ / ให้ข้อคิดเห็น / ชมเชย / สอบถามหรือร้องขอข้อมูล	ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อน แต่สามารถแก้ไขได้โดยหน่วยงานเดียว	ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อน ไม่สามารถแก้ไขได้โดยหน่วยงานเดียว ผู้ร้องเรียนร้องขอในสิ่งที่อยู่นอกเหนือบทบาทอำนาจหน้าที่
ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม	การเสนอแนะเกี่ยวกับการให้บริการ การสอบถามข้อมูล	การร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมกรให้บริการของ เจ้าหน้าที่ใน ศทส. การร้องเรียนเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ	การร้องเรียนเกี่ยวกับความผิดวินัยร้ายแรงของเจ้าหน้าที่ การร้องเรียนความไม่โปร่งใสของการจัดซื้อจัดจ้าง
เวลาในการตอบสนอง	๑ วัน	ไม่เกิน ๑๕ วันทำการ	๑ วัน (ชี้แจงให้ผู้ร้องเรียนทราบ)

ผู้รับผิดชอบ	เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดการ ข้อร้องเรียน	กลุ่ม/ฝ่ายเจ้าของ เรื่อง	ศูนย์รับข้อร้องเรียน
--------------	--	-----------------------------	----------------------


ระยะเวลาเปิดให้บริการ

เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน



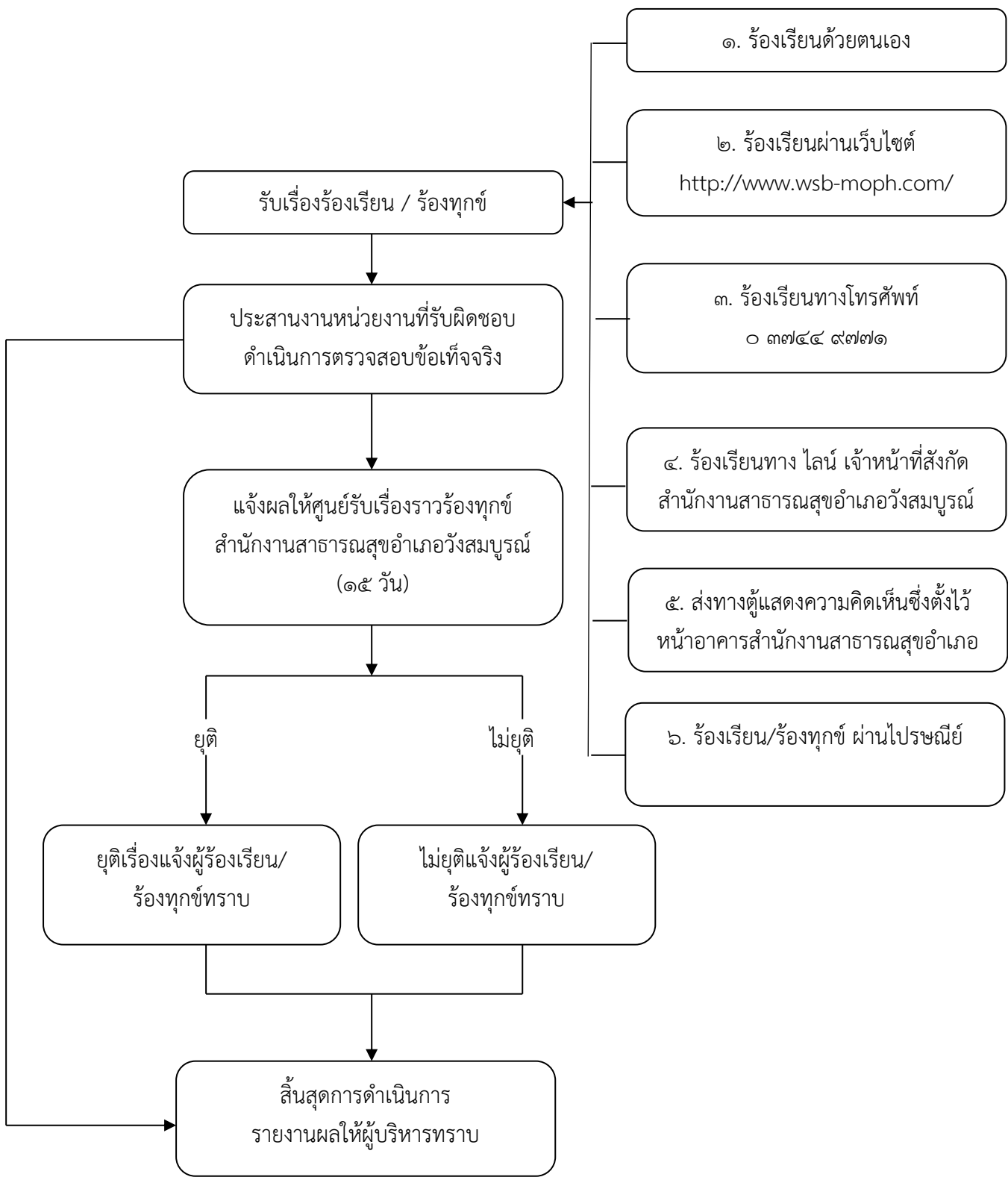
อธิบายสัญลักษณ์

 เริ่มต้น / สิ้นสุด

 ดำเนินการ

 พิจารณา

แผนผังกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียน / ร้องทุกข์



รายละเอียดของขั้นตอนการปฏิบัติงาน

(๑.) การแต่งตั้งผู้รับผิดชอบจัดการข้อร้องเรียน

ผู้อำนวยการหรือคณะกรรมการบริหารฯ

๑.๑ กำหนดหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจัดการข้อร้องเรียน

๑.๒ พิจารณาคณะสมมติของบุคลากรที่เหมาะสม เพื่อกำหนดเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจัดการข้อร้องเรียน

๑๓. ออก/แจ้งคำสั่งแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจัดการข้อร้องเรียน พร้อมทั้งแจ้งให้บุคลากรภายในหน่วยงานทราบเกี่ยวกับการจัดการข้อร้องเรียนของหน่วยงาน

(๒.) การรับและตรวจสอบข้อร้องเรียนจากช่องทางต่าง ๆ

เจ้าหน้าที่ฯ

๒๑. ในแต่ละวัน เจ้าหน้าที่ฯ ต้องดำเนินการรับและติดตามตรวจสอบข้อร้องเรียนที่เข้ามายังหน่วยงานจากช่องทางต่าง ๆ โดยมีข้อปฏิบัติตามที่กำหนด ดังนี้

ช่องทาง	ความถี่ในการตรวจสอบช่องทาง	ระยะเวลาดำเนินการรับข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์เพื่อประสานหาทางแก้ไขปัญหา
ร้องเรียนด้วยตนเอง ณ ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์	ทุกครั้งที่มีการร้องเรียน	ภายใน ๑ วันทำการ
ร้องเรียนผ่านเว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์	ทุกวัน	ภายใน ๑ วันทำการ
ร้องเรียนทางโทรศัพท์ ๐๓๗-๔๔๙๗๗๑	ทุกวัน	ภายใน ๑ วันทำการ
ส่งทางตู้แสดงความคิดเห็นซึ่งตั้งไว้หน้าอาคารสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์	ทุกวัน	ภายใน ๑ วันทำการ
แจ้งเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ ผ่านไลน์เจ้าหน้าที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์	ทุกวัน	ภายใน ๑ วันทำการ
ร้องเรียน/ร้องทุกข์ ผ่านไปรษณีย์ มาที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ หมู่ ๔ ถนนสระแก้ว - จันทบุรี ตำบลวังสมบูรณ์ อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ๒๗๒๕๐	ทุกวัน	ภายใน ๑ วันทำการ(นับจากวันที่งานสารบรรณของหน่วยงาน ลงเลขรับหนังสือ / จดหมาย)

การบันทึกข้อร้องเรียน

๑. กรอกแบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ โดยมีรายละเอียด ชื่อ-สกุล ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ เรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ และสถานที่เกิดเหตุ

๒ ทุกช่องทางที่มีการร้องเรียน เจ้าหน้าที่ต้องบันทึกข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ ลงสมุดบันทึกข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์

การวิเคราะห์ระดับข้อร้องเรียน

เจ้าหน้าที่ฯ

๑. พิจารณาจำแนกระดับข้อร้องเรียน แบ่งตามความง่าย – ยาก ดังนี้

- ข้อร้องเรียนระดับ ๑ เป็นข้อคิดเห็น, ข้อเสนอแนะ, คำชมเชย, สอบถามหรือร้องขอข้อมูล กล่าวคือ ผู้ร้องเรียนไม่ได้รับความเดือดร้อน แต่ติดต่อมาเพื่อให้ข้อเสนอแนะ / ให้ข้อคิดเห็น / ชมเชย / สอบถามหรือร้องขอข้อมูลของศทส.

- ข้อร้องเรียนระดับ ๒ กล่าวคือ ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อน แต่ สสอ.สามารถแก้ไขได้โดย หน่วยงานเดียว

- ข้อร้องเรียนระดับ ๓ กล่าวคือ ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อน สสอ.ไม่สามารถแก้ไขได้โดย หน่วยงานเดียว ต้องอาศัยอำนาจของผู้บริหาร หรือ เป็นข้อร้องเรียนนอกเหนืออำนาจ สสอ. กล่าวคือผู้ร้องเรียนร้องขอในสิ่งที่อยู่นอกเหนือบทบาทอำนาจหน้าที่ของ สสอ.

การแจ้งกลับผู้ร้องเรียน กรณีข้อร้องเรียนระดับ ๑ และการประสานศูนย์รับข้อร้องเรียนกรณี

ข้อร้องเรียน ระดับ ๓

เจ้าหน้าที่ฯ

๑. ข้อร้องเรียนระดับ ๑ เป็นข้อคิดเห็น, ข้อเสนอแนะ, คำชมเชย, สอบถามหรือร้องขอข้อมูลสามารถรับเรื่อง และชี้แจงให้ผู้ร้องเรียนรับทราบได้ทันที โดยกำหนดระยะเวลาในการตอบข้อร้องเรียนภายใน ๑ วันทำการ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ร้องเรียนโทรศัพท์เข้ามาสอบถามเกณฑ์มาตรฐาน เจ้าหน้าที่ฯ สามารถอธิบายรายละเอียด และเกณฑ์มาตรฐานฯ ได้ทันที ยกเว้นกรณีที่ผู้ร้องเรียนจัดทำเป็นหนังสือ เจ้าหน้าที่ฯ ตอบข้อมูลส่งกลับไป ยังผู้ร้องเรียน (ระดับ ๑) แต่สามารถดำเนินการได้เสร็จสิ้นภายใน ๑ วันทำการ เป็นต้น

๒. ข้อร้องเรียนระดับ ๓ เป็นข้อร้องเรียนนอกเหนืออำนาจสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ ให้พิจารณาความเหมาะสมของข้อร้องเรียน โดยเบื้องต้นให้ชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้ร้องเรียนเกี่ยวกับอำนาจหน้าที่การทำงาน และแนะนำ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของผู้ร้องเรียนโดยตรง ซึ่งอาจหาหมายเลขโทรศัพท์ของหน่วยงานนั้น ๆ ให้แก่ผู้ร้องเรียน โดยกำหนดระยะเวลาในการตอบข้อร้องเรียนภายใน ๑ วันทำการ ในกรณีที่ผู้ร้องเรียน ร้องเรียนเป็นหนังสือ/จดหมาย/โทรสาร อาจจัดทำหนังสือส่งต่อไปยังหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องโดยตรง ต่อไป โดยกำหนดระยะเวลาในการตอบข้อร้องเรียนตามความเหมาะสม

การประสานหน่วยงานเพื่อแก้ปัญหาข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ และการแจ้งผู้ร้องเรียน / ร้องทุกข์ทราบ

๑. กรณีเป็นการขอข้อมูลข่าวสาร ประสานหน่วยงานผู้ครอบครองเอกสาร เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ร้องขอได้ทันที

๒. ข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ ที่เป็นการร้องเรียนเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการของหน่วยงาน เช่น ไฟฟ้า สาธารณะดับการจัดการขยะมูลฝอย ตัดต้นไม้ กลิ่นเหม็นรบกวน เป็นต้น จัดทำบันทึกข้อความเสนอไปยังผู้บริหารเพื่อสั่งการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเบื้องต้นอาจโทรศัพท์แจ้งไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๓. ข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ที่ไม่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ ให้ดำเนินการประสานหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความรวดเร็วและถูกต้อง ในการแก้ไขปัญหาต่อไป

๔. ข้อร้องเรียนที่ส่งผลกระทบต่อหน่วยงาน เช่น กรณี ผู้ร้องเรียนทำหนังสือร้องเรียนความไม่โปร่งใสในการจัดซื้อจัดจ้างให้เจ้าหน้าที่จัดทำบันทึกข้อความเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณาสั่งการไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบเพื่อดำเนินการตรวจสอบและแจ้งผู้ร้องเรียนทราบ ต่อไป

การติดตามแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียน

ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรายงานผลการดำเนินการให้ทราบภายใน ๑๕ วันทำการ เพื่อเจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ จะได้แจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบ ต่อไป

การรายงานผลการดำเนินการให้ผู้บริหารทราบ

๑. ให้รวบรวมและรายงานสรุปการจัดการข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ ให้ผู้บริหารทราบทุกเดือน
๒. ให้รวบรวมรายงานสรุปข้อร้องเรียนหลังจากสิ้นปีงบประมาณเพื่อนำมาวิเคราะห์การจัดการข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ ในภาพรวมของหน่วยงานเพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไข ปรับปรุง พัฒนางองค์กร ต่อไป

มาตรฐานงาน

การดำเนินการแก้ไขข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด กรณีได้รับเรื่องร้องเรียน / ร้องทุกข์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ ให้ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ ดำเนินการตรวจสอบและพิจารณาส่งเรื่องให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ให้แล้วเสร็จภายใน ๑๕ วัน ทำการ

จัดทำโดย

ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์

- หมายเลขโทรศัพท์ ๐๓๗ ๔๔๙ ๗๗๑
- หมายเลขโทรสาร ๐๓๗ ๔๔๙ ๗๗๒
- เว็บไซต์ <http://www.wsb-moph.com/>

หมายเหตุ : กรณีบัตรสนเท่ห์ หรือ ข้อร้องเรียนที่ไม่แจ้งชื่อ ที่อยู่ ไม่นับแต่ให้ส่งให้ ศูนย์รับข้อร้องเรียน ใช้เป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับพิจารณาต่อ หรือ กรณีร้องเรียนกรณีละเมิดละเลยไม่ปฏิบัติหน้าที่ (ต้องพิจารณาเป็นพิเศษ)

ภาคผนวก

แบบคำร้องเรียน ๑

คำร้องทุกข์ร้องเรียน (กรณีร้องทุกข์ร้องเรียนด้วยตนเอง)

เขียนที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

เรื่อง

เรียน สาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....
อาชีพ..... ตำแหน่ง.....
ถือบัตร..... เลขที่.....
ออกโดย..... วันออกบัตร..... บัตรหมดอายุ.....
มีความประสงค์ขอร้องทุกข์/ร้องเรียน/แจ้งเบาะแส/แสดงความคิดเห็น เพื่อให้สาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์
พิจารณาดำเนินการช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหาในเรื่อง.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำร้องข้างต้นเป็นจริง และยินดีรับผิดชอบทั้งทางแพ่งและทางอาญา
หากจะพึงมี

โดยข้าพเจ้าขอส่งเอกสารหลักฐานประกอบการร้องทุกข์/ร้องเรียน (ถ้ามี) ได้แก่

- | | |
|----------|---------------|
| ๑) | จำนวน.....ชุด |
| ๒) | จำนวน.....ชุด |
| ๓) | จำนวน.....ชุด |
| ๔) | จำนวน.....ชุด |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ร้องทุกข์/ร้องเรียน

แบบคำร้องเรียน ๑

คำร้องทุกข์ร้องเรียน (ทางโทรศัพท์)

เขียนที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

เรื่อง

เรียน สาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....
อาชีพ.....ตำแหน่ง..... มี
ความประสงค์ขอร้องทุกข์/ร้องเรียน/แจ้งเบาะแส/แสดงความคิดเห็น เพื่อให้สาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์
พิจารณาดำเนินการช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหาในเรื่อง.....

โดยอ้าง.....

.....เป็นพยานหลักฐานประกอบ
ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำร้องข้างต้นเป็นจริง และเจ้าหน้าที่ได้แจ้งให้ข้าพเจ้าทราบว่าหาก
เป็นคำร้องที่ไม่สุจริตอาจต้องรับผิดชอบตามกฎหมายได้

(ลงชื่อ)เจ้าหน้าที่ผู้รับเรื่อง

(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

เวลา.....

แบบแจ้งการรับเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียน

ที่ สก๐๙๓๓/

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์
อ.วังสมบูรณ์ จ.สระแก้ว ๒๗๒๕๐

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ๒๕.....

เรื่อง ตอบรับเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียน

เรียน.....

ตามที่ท่านได้แจ้งเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียนผ่านศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ โดยทาง

() หนังสือเรียนทางไปรษณีย์ () ด้วยตนเอง () ทางโทรศัพท์ () อื่น ๆ.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ๒๕..... เกี่ยวกับเรื่อง.....
.....นั้น

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ ได้ลงทะเบียนรับเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียนของท่านตามทะเบียนรับเรื่องเลขรับที่.....ลงวันที่.....แล้ว และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ ได้พิจารณาเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียนของท่านแล้วปรากฏว่า

() เป็นเรื่องที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์และได้มอบหมายให้.....เป็นหน่วยตรวจสอบและดำเนินการ

() ไม่เป็นเรื่องที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ และได้ส่งเรื่องให้.....ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปแล้ว โดยท่านสามารถติดต่อหรือขอทราบผลโดยตรงกับหน่วยงานดังกล่าวได้อีกทางหนึ่ง

() เป็นเรื่องที่มีกฎหมายบัญญัติขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติไว้เป็นการเฉพาะแล้วตามกฎหมาย.....

จึงขอให้ท่านดำเนินการตามขั้นตอนและวิธีการที่กฎหมายนั้นบัญญัติต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน

โทร. ๐ ๓๗๔๔ ๙๗๗๑

แบบแจ้งผลการดำเนินงานการรับเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียน

ที่ สก๐๙๓๓/

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์
อ.วังสมบูรณ์ จ.สระแก้ว ๒๗๒๕๐

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ๒๕.....

เรื่อง แจ้งผลการดำเนินงานเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียน

เรียน.....

อ้างถึง.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย.....

ตามที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ ได้แจ้งตอบรับการรับเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียนของ
ท่านที่ได้แจ้งไว้ที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ตามหนังสือที่อ้างถึง นั้น

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ ได้รับแจ้งผลการดำเนินการจากส่วนราชการ/
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้ว

ได้ผลสรุปว่า.....

โดยมีรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาพร้อมนี้ หากท่านไม่เห็นด้วยประการใด ขอให้ท่านแจ้งคัดค้านพร้อม
พยานหลักฐานใหม่มายังศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์เพื่อจะได้ดำเนินการในส่วน
ที่เกี่ยวข้องต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน
โทร. ๐ ๓๗๔๔ ๙๗๗๑