

รายงานผลการดำเนินการจัดการเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์การให้บริการของเจ้าหน้าที่ ประจำเดือน .....มีนาคม..... พ.ศ.....๒๕๖๙.....

หน่วยงาน : .....สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางสะพานน้อย..... โทรศัพท์.....๐๓๒-๖๙๙๐๒๖.....

| ลำดับที่    | วตป.<br>ที่รับเรื่อง | *ช่องทาง<br>รับเรื่อง<br>(๑-๗) | ประเภทเรื่อง                              |           |            |         | ผู้ร้องเรียน/ร้องทุกข์ |                |                             | ผู้ถูกร้องเรียน/ร้องทุกข์ |                 |         |                             | เรื่องที่ร้องเรียน/ร้องทุกข์/<br>ข้อเสนอแนะ/คำชมเชย | ผลการดำเนินการ (ระบุ..รายละเอียดข้อมูล/ระยะเวลา.. วัน (วตป.) |                                         |
|-------------|----------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|-----------|------------|---------|------------------------|----------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------|---------|-----------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|             |                      |                                | ร้องเรียน                                 | ร้องทุกข์ | ข้อเสนอแนะ | คำชมเชย | ประชาชน                | เจ้าหน้าที่รัฐ | หน่วยงาน/<br>จังหวัด (ระบุ) | ช.ร.ก.                    | ลปจ./<br>พ.ร.ก. | **อื่นๆ | หน่วยงาน/<br>จังหวัด (ระบุ) |                                                     | สิ่งที่ได้ดำเนินการ<br>(ยังไม่ยุติเรื่อง)                    | สิ่งที่ได้ดำเนินการ<br>(ยุติเรื่องแล้ว) |
|             |                      | ต.ค.๒๕๖๘- มี.ค.๒๕๖๙            | ไม่มีเรื่องร้องเรียน/ไม่มีเรื่องร้องทุกข์ |           |            |         |                        |                |                             |                           |                 |         |                             |                                                     |                                                              |                                         |
|             |                      |                                |                                           |           |            |         |                        |                |                             |                           |                 |         |                             |                                                     |                                                              |                                         |
|             |                      |                                |                                           |           |            |         |                        |                |                             |                           |                 |         |                             |                                                     |                                                              |                                         |
| รวมทั้งสิ้น |                      |                                |                                           |           |            |         |                        |                |                             |                           |                 |         |                             |                                                     |                                                              |                                         |

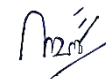
หมายเหตุ : ขอความร่วมมือจัดส่งรายงานผลประจำเดือน ภายในวันที่ ๕ ของทุกเดือน ไปยังศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต โทร. ๐๒ ๖๕๙๖๔๑๒ โทรสาร. ๐๒ ๖๕๙๖๔๑๑

\* ช่องทางรับเรื่อง (๑-๗) ดังนี้

๑. ยื่นเรื่องด้วยตนเอง ๒. ยื่นผ่านเอกสาร/จดหมาย ๓. ร้องเรียนผ่านโทรศัพท์ ๔. ร้องเรียนผ่านเว็บไซต์/ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ๕. ร้องเรียนผ่านตู้/กล่องรับเรื่องร้องเรียน ๖. ร้องเรียนผ่านสื่อมวลชน ๗. ร้องเรียนผ่านหน่วยงาน  
๗.๑. สนง.องคมนตรี ๗.๒. สำนักเลขาธิการ ครม. ๗.๓. สนง.ตรวจการแผ่นดิน ๗.๔. สนง.ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ๗.๕. สนง.ป.ป.ช. ๗.๖. สนง. ป.ป.ท. ๗.๗. สนง.ตรวจเงินแผ่นดิน ๗.๘. ศูนย์ดำรงธรรม มท. ๗.๙.

หน่วยงานอื่นๆ

\*\* อื่น ๆ เช่น จ้างเหมาบริการ อาสาสมัคร ฯลฯ



(.....นางสาวกัญญากัศ โปธิ์ตาด.....)

ตำแหน่ง .....นักวิชาการสาธารณสุข.....

วันที่.....๑๔.....เดือน.....มีนาคม....พ.ศ...๒๕๖๘.....