

-ลับ-**แบบบันทึกการรับเรื่องร้องเรียน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด**

๑.วันที่รับ.....เวลา.....น. ช่องทางที่ร้องเรียน <input type="checkbox"/> จดหมาย <input type="checkbox"/> โทรสาร <input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> มาพบด้วยตนเอง <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	
๒.ผู้ร้องเรียน ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี บัตรประจำตัวเลขที่..... ออกให้โดย.....ที่อยู่..... e-mail address..... โทรศัพท์.....	
๓.ประเด็นที่ร้องเรียน <input type="checkbox"/> อาหาร <input type="checkbox"/> ยา <input type="checkbox"/> เครื่องมือแพทย์ <input type="checkbox"/> เครื่องสำอาง <input type="checkbox"/> วัตถุอันตราย <input type="checkbox"/> วัตถุเสพติด <input type="checkbox"/> โฆษณา <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	
๔.เรื่อง.....	
๕.รายละเอียด (อาจแนบบันทึกรายละเอียดเพิ่มเติมในกรณีมีข้อมูลหรือรายละเอียดมาก) (รายละเอียดต่อด้านหลัง) ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อเท็จจริงที่ได้ยื่นร้องเรียนต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....เป็นความจริงทุกประการ และขอรับผิดชอบต่อข้อเท็จจริงดังกล่าวข้างต้นทั้งหมด และข้าพเจ้ารับทราบว่าการนำความเท็จมาร้องเรียนต่อเจ้าหน้าที่ ซึ่งทำให้ผู้อื่นได้รับความเสียหาย เป็นความผิดตามประมวลกฎหมายอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้ร้องเรียน รับเรื่องโดย ลงชื่อ..... (.....) (.....) ตำแหน่ง.....	
๖. หลักฐานเบื้องต้นที่ได้ยื่นประกอบคำร้องเรียน ดังนี้ (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> จดหมาย <input type="checkbox"/> เทปบันทึกเสียง <input type="checkbox"/> เอกสารหรือรูปภาพ <input type="checkbox"/> แผ่นซีดี <input type="checkbox"/> อื่นๆ <input type="checkbox"/> ตัวอย่างผลิตภัณฑ์.....จำนวน..... หมายเหตุ กรณีเป็นการร้องเรียนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ โพรดระบุ เลขทะเบียนตำรับ เลขที่ใบรับแจ้ง หรือเลขสารบบอาหาร ชื่อผลิตภัณฑ์ รุ่นการผลิต (lot No) ครั้งทีผลิต (Batch No) วันที่ผลิต วันหมดอายุ สถานที่ผลิต (ถ้ามี)	
๗. การพิจารณาเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ติดต่อกลับผู้ร้องฯ เพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม <input type="checkbox"/> ส่งเรื่องต่อผู้รับผิดชอบ <input type="checkbox"/> ชี้แจงให้ทราบด้วยวาจา <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... ลงชื่อ.....ผู้รับเรื่อง/ผู้ดำเนินการ วันที่.....	
เรียน หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค ดำเนินการ <input type="checkbox"/> แจ้งเจ้าหน้าที่ สสจ./สสอ..... ดำเนินการต่อไป <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่..... ความเห็นหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค เห็นควร <input type="checkbox"/> ดำเนินการตามเสนอ <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค วันที่.....	ความเห็น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด..... <input type="checkbox"/> ดำเนินการตามข้อเสนอ <input type="checkbox"/> ทราบ ยุติเรื่อง <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....