

รายงานผลการดำเนินการจัดการเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ ประจำเดือนมีนาคม..... พ.ศ.....๒๕๖๗.....

หน่วยงาน :สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุยบุรี..... โทรศัพท์.....๐๓๒๖๔๖๙๐๐.....

ลำดับที่	วคป. ที่รับเรื่อง	*ช่องทาง รับเรื่อง (๑-๗)	ประเภทเรื่อง				ผู้ร้องเรียน/ร้องทุกข์			ผู้ถูกร้องเรียน/ร้องทุกข์				เรื่องที่ร้องเรียน/ร้องทุกข์/ ข้อเสนอแนะ/คำชมเชย	ผลการดำเนินการ (ระบุ.รายละเอียดข้อมูล/ระยะเวลา.. วัน (วคป.))		
			ร้องเรียน	ร้องทุกข์	ข้อเสนอแนะ	คำชมเชย	ประชาชน	เจ้าหน้าที่รัฐ	หน่วยงาน/ จังหวัด (ระบุ)	ช.ร.ก.	ลปจ./ พ.ร.ก.	**อื่นๆ	หน่วยงาน/ จังหวัด (ระบุ)		สิ่งที่ได้ดำเนินการ (ยังไม่ยุติเรื่อง)	สิ่งที่ได้ดำเนินการ (ยุติเรื่องแล้ว)	
			๑ ต.ค.๒๕๖๖ - ๓๐ มี.ค.๒๕๖๗ ไม่มีเรื่องร้องเรียน														
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. ร้องเรียนผ่านหน่วยงานภายนอก
 ๗.๑. สنج.องคมนตรี ๗.๒. สำนักเลขาธิการ ครม. ๗.๓. สنج.ตรวจการแผ่นดิน ๗.๔. สنج.ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ๗.๕. สنج.ป.ป.ช. ๗.๖. สنج. ป.ป.ท. ๗.๗. สنج.ตรวจเงินแผ่นดิน ๗.๘. ศูนย์ดำรงธรรม มท. ๗.๙. หน่วยงานอื่นๆ

** อื่น ๆ เช่น จ้างเหมาบริการ อาสาสมัคร ฯลฯ

ทิพัลย์ จงดี

(.....นางทิพัลย์ จงดี.....)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....

วันที่...๑.....เดือน.....มีนาคม....พ.ศ...๒๕๖๗.....