

รายงานผลการดำเนินการจัดการเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ ประจำเดือนกันยายน..... พ.ศ.....๒๕๖๘.....

หน่วยงาน :สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุบลบุรี..... โทรศัพท์.....๐๓๒๖๔๖๙๐๐.....

ลำดับที่	วตป. ที่รับเรื่อง	*ช่องทางรับ เรื่อง(๑-๗)	ประเภทเรื่อง				ผู้ร้องเรียน/ร้องทุกข์			ผู้ถูกร้องเรียน/ร้องทุกข์				เรื่องที่ร้องเรียน/ร้องทุกข์/ ข้อเสนอแนะ/คำชมเชย	ผลการดำเนินการ (ระบุ..รายละเอียดข้อมูล/ระยะเวลา.. วัน (วตป.))	
			ร้องเรียน	ร้องทุกข์	ข้อเสนอแนะ	คำชมเชย	ประชาชน	ผู้พิการ	หน่วยงาน/จังหวัด (ระบุ)	ชรก.	ลปจ./ พรก.	**อื่นๆ	หน่วยงาน/จังหวัด (ระบุ)		สิ่งที่ได้ดำเนินการ (ยังไม่ยุติเรื่อง)	สิ่งที่ได้ดำเนินการ (ยุติเรื่องแล้ว)
		๑ ต.ค.๒๕๖๗ - ๓๑ สิงหาคม.๒๕๖๘	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. ร้องเรียนผ่านหน่วยงานภายใน
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

ทิพย์ จงดี

(.....นางทิพย์ จงดี.....)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....

วันที่..๙.....เดือน.....กันยายน...พ.ศ...๒๕๖๘.....

รายงานผลการดำเนินการ กรณีร้องเรียนการทุจริตหรือประพฤติมิชอบ ประจำเดือนสิงหาคม..... พ.ศ.....๒๕๖๘...

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

ลำดับที่	วตป. ที่รับเรื่อง	*ช่องทางรับ เรื่อง(๑-๗)	ประเภทเรื่อง					ผู้ร้องเรียน			ผู้ถูกร้องเรียน			รายละเอียดเรื่อง	ผลการดำเนินการ (ระบุ..รายละเอียดข้อมูล/ระยะเวลา.. วัน (วตป.))	
			ทุจริต	ไม่ปฏิบัติตามระเบียบวินัย	ประพฤติชั่ว	ละเมิดมาตรฐานทางจริยธรรม	อื่นๆ	ประชาชน	เจ้าหน้าที่รัฐ	หน่วยงาน/จังหวัด (ระบุ)	ชรก.	ลปจ./พรก.	หน่วยงาน/จังหวัด (ระบุ)		สิ่งที่ได้ดำเนินการ (ยังไม่ยุติเรื่อง)	สิ่งที่ได้ดำเนินการ (ยุติเรื่องแล้ว)
		ต.ค.๒๕๖๗ - ส.ค.๒๕๖๘	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. ร้องเรียนผ่านหน่วยงานภาว
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

ประเภท (๑) การทุจริต หมายถึง การแสวงหาประโยชน์ที่มิควรได้โดยชอบด้วยกฎหมาย สำหรับตนเองหรือผู้อื่น

ประเภท (๒) การไม่ปฏิบัติตามระเบียบ หมายถึง การไม่ปฏิบัติหน้าที่ราชการตามกฎหมาย ระเบียบ แบบแผน ข้อบังคับของทางราชการ ที่กำหนดไว้

ประเภท (๓) การประพฤติชั่ว หมายถึง การกระทำใด ๆ ที่ไม่รักษาเกียรติศักดิ์ของตำแหน่งหน้าที่ราชการของตน

ประเภท (๔) การละเมิดมาตรฐานทางจริยธรรม หมายถึง การไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การประพฤติปฏิบัติอย่างมีคุณธรรมของเจ้าหน้าที่ของรัฐ

ทิพย์วัลย์ จงดี

(.....นางทิพย์วัลย์ จงดี.....)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....

วันที่.....๙.....เดือน...กันยายน.....พ.ศ....๒๕๖๘...