

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

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	เจ้าหน้าที่รัฐ	หน่วยงาน/จังหวัด (ระบุ)	ชรก.	ลปจ./ พรก.	**อื่นๆ	หน่วยงาน/จังหวัด (ระบุ)		สิ่งที่ได้ดำเนินการ (ยังไม่ยุติเรื่อง)	สิ่งที่ได้ดำเนินการ (ยุติเรื่องแล้ว)	
			๑ ต.ค.๒๕๖๖ - ๓๑ สิงหาคม.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. ร้องเรียนผ่านหน่วยงานภายใน
๗.๑. สนง.อภคมนตรี 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

ทิพย์ จงดี

(.....นางทิพย์ จงดี.....)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....

วันที่...๖.....เดือน.....กันยายน...พ.ศ...๒๕๖๗.....

รายงานผลการดำเนินการ กรณีร้องเรียนการทุจริตหรือประพฤติมิชอบ ประจำเดือนสิงหาคม..... พ.ศ.....๒๕๖๗...

หน่วยงาน :สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุบลูรี... โทรศัพท์.....

ลำดับที่	วคป. ที่รับเรื่อง	*ช่องทางรับเรื่อง(๑-๗)	ประเภทเรื่อง					ผู้ร้องเรียน		ผู้ถูกร้องเรียน			รายละเอียดเรื่อง	ผลการดำเนินการ (ระบุ..รายละเอียดข้อมูล/ระยะเวลา.. วัน (วคป.))		
			ทุจริต	ไม่ปฏิบัติตามระเบียบวินัย	ประพฤติชั่ว	ละเมิดมาตรฐานทางจริยธรรม	อื่นๆ	ประชาชน	เจ้าหน้าที่รัฐ	หน่วยงาน/จังหวัด (ระบุ)	ชรก.	ลปจ./พรก.		หน่วยงาน/จังหวัด (ระบุ)	สิ่งที่ได้ดำเนินการ (ยังไม่ยุติเรื่อง)	สิ่งที่ได้ดำเนินการ (ยุติเรื่องแล้ว)
รวมทั้งสิ้น																

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

* ช่องทางรับเรื่อง (๑-๗) ดังนี้

- ยื่นเรื่องด้วยตนเอง
- ยื่นผ่านเอกสาร/จดหมาย
- ร้องเรียนผ่านโทรศัพท์
- ร้องเรียนผ่านเว็บไซต์/ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์
- ร้องเรียนผ่านตู้/กล่องรับเรื่องร้องเรียน
- ร้องเรียนผ่านสื่อมวลชน
- ร้องเรียนผ่านหน่วยงานภายนอก
- สนง.องคมนตรี
- สำนักเลขาธิการ ครม.
- สนง.ตรวจการแผ่นดิน
- สนง.ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
- สนง.ป.ป.ช.
- สนง. ป.ป.ท.
- สนง.ตรวจเงินแผ่นดิน
- ศูนย์ดำรงธรรม มท.
- หน่วยงานอื่นๆ

** อื่น ๆ เช่น จ้างเหมาบริการ อาสาสมัคร ฯลฯ

ประเภท (๑) การทุจริต หมายถึง การแสวงหาประโยชน์ที่มีควรได้โดยชอบด้วยกฎหมาย สำหรับตนเองหรือผู้อื่น

ประเภท (๒) การไม่ปฏิบัติตามระเบียบ หมายถึง การไม่ปฏิบัติหน้าที่ราชการตามกฎหมาย ระเบียบ แบบแผน ข้อบังคับของทางราชการ ที่ได้กำหนดไว้

ประเภท (๓) การประพฤติชั่ว หมายถึง การกระทำใด ๆ ที่ไม่รักษาเกียรติศักดิ์ของตำแหน่งหน้าที่ราชการของตน

ประเภท (๔) การละเมิดมาตรฐานทางจริยธรรม หมายถึง การไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การประพฤติปฏิบัติอย่างมีคุณธรรมของเจ้าหน้าที่ของรัฐ

ทิพวัลย์ จงดี

(.....นางทิพวัลย์ จงดี.....)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....

วันที่.....๖.....เดือน.....กันยายน.....พ.ศ.....๒๕๖๗.....