|  |  |
| --- | --- |
| รูปภาพที่เกี่ยวข้องimages[10].jpg**บันทึกรับเรื่องร้องเรียนผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ จังหวัดศรีสะเกษ**  วันที่รับ.........................................................................เวลา...............................เลขที่รับ.........................................  ร้องเรียนทาง หนังสือ/จดหมาย โทรศัพท์ โทรสาร ตนเอง อินเทอร์เน็ต วิทยุ สื่อมวลชน.............  ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน............................................. อื่นๆ........................................... | |
| ผู้ร้องเรียน ผู้ร้องไม่แจ้งชื่อ ที่อยู่ หรือหมายเลขโทรศัพท์  ชื่อ..........................................................ที่อยู่.......................................................................โทรศัพท์................................. | |
| ประเด็นร้องเรียน ยา อาหาร เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ สถานพยาบาล  วัตถุเสพติด วัตถุอันตราย ประกอบโรคศิลป์ อื่นๆ............................................... | |
| เรื่อง................................................................................................................................................................................................................ | |
| รายละเอียด.....................................................................................................................................................................................................  ......................................................................................................................................................................................................................  ......................................................................................................................................................................................................................  ......................................................................................................................................................................................................................  ......................................................................................................................................................................................................................  ......................................................................................................................................................................................................................  ทั้งนี้ หากมีเงินค่าปรับ ข้าพเจ้า ประสงค์ ไม่ประสงค์ ขอรับเงินสินบนตามสิทธิ  ลงชื่อ.........................................................ผู้ร้องเรียน ลงชื่อ.........................................................ผู้รับเรื่อง | |
| เรียน หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข  เห็นควรดำเนินการ……………………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………  ลงชื่อ……………………………………  (...........................................................)  ตำแหน่ง........................................................... | |
| เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ  เห็นควรดำเนินการตามเสนอ  เห็นควรยุติเรื่อง  พิจารณาดำเนินคดี  อื่นๆ.....................................................  ลงชื่อ………………………………………………  (...........................................................)  ตำแหน่ง............................................................ | ข้อคิดเห็น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ  ………………………………………………………….............  ………………………………………………………….............  ………………………………………………………….............  ลงชื่อ………………………………………………  (...........................................................)  ตำแหน่ง............................................................ |
| ผลการดำเนินงาน  ………………………………………………….............  ………………………………………………….............  ลงชื่อ | รับทราบผลการดำเนินงาน  ………………………………………………………….............  ………………………………………………………….............  ลงชื่อ |