|  |
| --- |
| 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 หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขเห็นควรดำเนินการ……………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………  ลงชื่อ…………………………………… (...........................................................)ตำแหน่ง........................................................... |
| เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เห็นควรดำเนินการตามเสนอ เห็นควรยุติเรื่อง พิจารณาดำเนินคดี อื่นๆ..................................................... ลงชื่อ……………………………………………… (...........................................................) ตำแหน่ง............................................................ | ข้อคิดเห็น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ …………………………………………………………............. …………………………………………………………............. ………………………………………………………….............  ลงชื่อ……………………………………………… (...........................................................) ตำแหน่ง............................................................ |
| ผลการดำเนินงาน …………………………………………………............. …………………………………………………............. ลงชื่อ | รับทราบผลการดำเนินงาน …………………………………………………………............. …………………………………………………………............. ลงชื่อ |