**ภาคผนวก**

แบบฟอร์มใบรับแจ้งเหตุร้องราวร้องเรียน/ร้องทุกข์

แบบคำร้องทุกข์/ร้องเรียน (ด้วยตนเอง) (แบบคำร้องร้องเรียน 1)

ที่ โรงพยาบาลดอยหลวง

วันที่...........เดือน..............................พ.ศ.................

เรื่อง......................................................................................

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอยหลวง

ข้าพเจ้า..............................................................อายุ...........ปี อยู่บ้านเลขที่...............หมู่.........ตำบล.....................................อำเภอ......................................................จังหวัด....................................................โทรศัพท์..................................อาชีพ.......................................................ตำแหน่ง................................................บัตรประชาชน......................................................ออกโดย..................................วันออกบัตร...............................บัตรหมดอายุ.....................................................มีความประสงค์ขอร้องทุกข์/ร้องเรียนเพื่อให้โรงพยาบาลดอยหลวง พิจารณาดำเนินการช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหาเรื่อง..................................................................................

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

ทั้งนี้ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำร้องทุกข์/ร้องเรียนตามข้างต้นเป็นความจริงและยินดีรับผิดชอบทั้งทางแพ่งและทางอาญาหากจะพึ่งมี

โดยข้าพเจ้าขอส่งเอกสารหลักฐานประกอบการร้องทุกข์/ร้องเรียน(ถ้ามี)ได้แก่

1.................................................................................................................จำนวน..........................ชุด

2.................................................................................................................จำนวน..........................ชุด

3.................................................................................................................จำนวน..........................ชุด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ...........................................................

(............................................................)

ผู้ร้องทุกข์/ร้องเรียน

ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน

โทร. 053-790056 ต่อ 101

แบบฟอร์มใบรับแจ้งเหตุร้องราวร้องเรียน/ร้องทุกข์

แบบคำร้องทุกข์/ร้องเรียน (โทรศัพท์) (แบบคำร้องร้องเรียน 2)

ที่ โรงพยาบาลดอยหลวง

วันที่...........เดือน..............................พ.ศ.................

เรื่อง......................................................................................

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอยหลวง

ข้าพเจ้า..............................................................อายุ...........ปี อยู่บ้านเลขที่...............หมู่.........ตำบล.....................................อำเภอ......................................................จังหวัด....................................................โทรศัพท์..................................อาชีพ.......................................................ตำแหน่ง................................................บัตรประชาชน......................................................ออกโดย..................................วันออกบัตร...............................บัตรหมดอายุ.....................................................มีความประสงค์ขอร้องทุกข์/ร้องเรียนเพื่อให้โรงพยาบาลดอยหลวง พิจารณาดำเนินการช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหาเรื่อง..................................................................................

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................โดยขออ้าง..............................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................

......................................................................................................................เป็นพยานหลักฐานประกอบ

ทั้งนี้ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำร้องทุกข์/ร้องเรียนตามข้างต้นเป็นความจริงและเจ้าหน้าที่ได้แจ้งให้ข้าพเจ้าทราบแล้วหากเป็นคำร้องที่ไม่สุจริตอาจต้องรับผิดตามกฎหมายได้

ลงชื่อ...........................................................

(............................................................)

ผู้ร้องทุกข์/ร้องเรียน

ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน

โทร. 053-790056 ต่อ 101

แบบฟอร์มแจ้งการรับเรื่องร้องราวร้องเรียน/ร้องทุกข์

(แบบตอบข้อร้องร้องเรียน 1)

ที่ ชร 0032.001/(เรื่องร้องเรียน)/............. โรงพยาบาลดอยหลวง

199 หมู่ 8 ตำบลปงน้อย

อำเภอดอยหลวง

จังหวัดเชียงราย

วันที่...........เดือน..............................พ.ศ.................

เรื่อง ตอบรับการรับเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียน

เรียน .............................................

ตามที่ท่านได้ร้องทุกข์/ร้องเรียนผ่านศูนย์รับเรื่องเรียนโรงพยาบาลดอยหลวง จังหวัดเชียรายโดยทาง ( ) หนังสือร้องเรียนทางไปรษณีย์ ( ) ด้วยตนเอง ( ) ทางโทรศัพท์ ( ) อื่น.........................................

ลงวันที่.........................................เกี่ยวกับเรื่อง....................................................................................................

.............................................................................................................................................................นั้น

โรงพยาบาลดอยหลวง ได้ลงทะเบียนรับเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียนของท่านไว้แล้วตามทะเบียนรับเรื่อง เลขที่รับ.......................................ลงวันที่.......................................................และโรงพยาบาลดอยหลวง ได้พิจารณาเรื่องของท่านแล้วเห็นว่า

( ) เป็นเรื่องที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของโรงพยาบาลดอยหลวง และได้มอบหมายให้....................

...............................................................................เป็นหน่วยตรวจสอบและดำเนินการ

( ) เป็นเรื่องที่ไม่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของโรงพยาบาลดอยหลวง และได้จัดส่งเรื่องให้.................

..................................................................................ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปแล้วทั้งนี้ ท่านสามารถติดต่อประสานงาน หรือขอทราบผลโดยตรงกับหน่วยงานดังกล่าวได้อีกทางหนึ่ง

( ) เป็นเรื่องที่มีกฎหมายบัญญัติขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติไว้เป็นการเฉพาะแล้ว ตามกฎหมาย...................................................................................จึงขอให้ท่านดำเนินการตามขึ้นตอนและวิธีการที่กฎหมายนั้นบัญญัติไว้ต่อไป

จึงแจ้งมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ...........................................................

(............................................................)

ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน

โทร. 053-790056 ต่อ 101

แบบฟอร์มแจ้งการรับเรื่องร้องราวร้องเรียน/ร้องทุกข์

(แบบตอบข้อร้องร้องเรียน 2)

ที่ ชร 0032.001/(เรื่องร้องเรียน)/............. โรงพยาบาลดอยหลวง

199 หมู่ 8 ตำบลปงน้อย

อำเภอดอยหลวง

จังหวัดเชียงราย

วันที่...........เดือน..............................พ.ศ.................

เรื่อง ตอบรับการรับเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียน

เรียน ...............................................................

อ้างถึง หนังสือโรงพยาบาลดอยหลวง ที่ ชร 0032.001..........................ลงวันที่...........................................

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1................................................................................................................................................

2............................................................................................................................................

ตามที่โรงพยาบาลดอยหลวง จังหวัดเชียรายโดย(ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน) ได้แจ้งตอบรับการรับเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียนของท่านได้ร้องทุกข์/ร้องเรียนไว้ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้นโรงพยาบาลดอยหลวง ได้รับแจ้งผลการดำเนินการจากส่วนราชการ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามประเด็นที่ท่านได้ร้องทุกข์/ร้องเรียนแล้ว ปรากฏข้อเท็จจริงโดยสรุปว่า.................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................

...............................................................................................................ดังมีรายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาพร้อมนี้ ทั้งนี้หากท่านไม่เห็นด้วยประการใด ขอให้แจ้งคัดค้านพร้อมพยานหลักฐานประกอบด้วย

จึงแจ้งมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ...........................................................

(............................................................)

ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน

โทร. 053-790056 ต่อ 101