

โรงพยาบาลปัตตานี

จากหน่วยงาน/หอผู้ป่วย.....

แบบรับข้อร้องเรียน / ชมเชย / ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้คำร้องเรียนของท่านได้รับการแก้ไขได้ตรงความต้องการมากที่สุด

ขอความร่วมมือให้ท่านระบุหน่วยงานที่ท่านประสบเหตุการณ์ วัน เวลา ที่ได้เขียนเอกสารนี้ทุกครั้ง
สำหรับผู้ร้องเรียน / ชมเชย / เสนอแนะ

ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ที่ท่านต้องการ ข้อร้องเรียน ข้อเสนอแนะ ชมเชย

แผนกที่ท่านประสบเหตุการณ์ ระบุ วัน/เดือน/ปี..... เวลา

- ห้องบัตร ห้องฉายยาผู้ป่วยใน (ห้องยาสำหรับผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล) ห้องฉุกเฉิน
- พยาบาลหน้าห้อง..... ห้องฉายยาผู้ป่วยนอก เวลา 8.30-16.30 น. หอผู้ป่วย
- ห้องตรวจโรค..... ห้องฉายยาผู้ป่วยนอก เวลา 16.30-08.30 น. อื่นๆ.....
- ชื่อผู้แจ้ง..... บ้านเลขที่ หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....
- อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์..... อีเมลล์

ประเด็นเรื่อง

เลขรับเรื่อง วันที่รับแจ้ง

มีเอกสารข้อร้องเรียน / ชมเชย / ข้อเสนอแนะ ประกอบ.....

หน่วยงาน / ผู้เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์.....

ผู้รับเรื่องระดับหัวหน้าหน่วยงาน (ลงนามรับทราบ) ตึก/หน่วยงาน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....