สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
UDON THANI PROVINCIAL HEALTH OFFICE

บันทึกคำร้องเรียน

เลขที่ 4 ถนนอธิบดี ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 41000

แบบบันทึกคำร้องเรียนด้วยตนเอง

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

1. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ร้องเรียน

1.1 ชื่อ-นามสกุล .....

1.2 หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ -☐☐ - ☐

1.3 สถานที่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก ❑ ที่อยู่ตามบัตรประชาชน ❑ ที่อยู่ปัจจุบัน ❑ อื่นๆ (โปรดระบุ)

.....

1.4 หมายเลขโทรศัพท์ .....

1.5 อีเมล์ (ถ้ามี) .....

2. ประเด็นการร้องเรียน

❑ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ❑ สถานประกอบการ ❑ การโฆษณา ❑ การดำเนินงานของ อย. ❑ อื่น ๆ

3. ประเภทผลิตภัณฑ์สุขภาพ

❑ ยา ❑ อาหาร ❑ เครื่องสำอาง ❑ เครื่องมือแพทย์

❑ วัตถุเสพติด ❑ วัตถุอันตราย ❑ สมุนไพร ❑ ไม่สามารถระบุได้/ไม่ทราบ

4. ช่องทางที่ประสงค์รับแจ้งผลดำเนินการ

❑ โทรศัพท์ ❑ อีเมล์ ❑ หนังสือลายลักษณ์อักษร ❑ อื่นๆ (โปรดระบุ) .....

5. หลักฐานเบื้องต้นที่ได้ยื่นประกอบคำร้องเรียน ดังนี้ (ถ้ามี)

❑ จดหมาย ❑ เอกสารหรือหลักฐานเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์/สถานประกอบการ/การโฆษณา

❑ หลักฐานการซื้อขาย ❑ อื่นๆ (โปรดระบุ) .....

❑ ตัวอย่างผลิตภัณฑ์.....จำนวน ..... (ชิ้น/แผ่น/กล่อง)

6. ผู้ร้องเรียนขอบันทึกถ้อยคำด้วยความสัตย์จริงดังนี้

เรื่อง .....

รายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียน *

.....

.....

.....

.....

.....

(หากพื้นที่ไม่พอ โปรดพลิกด้านหลัง)

ลงชื่อ_____ผู้รับเรื่อง ลงชื่อ_____ผู้ร้องเรียน

*<u>หมายเหตุ</u> กรณีเป็นการร้องเรียนเกี่ยวกับ**ผลิตภัณฑ์** โปรดระบุรายละเอียด (ถ้ามี) เลขแสดงการอนุญาตผลิตภัณฑ์ ชื่อผลิตภัณฑ์ รุ่นการผลิต (Lot No) ครั้งที่ผลิต (Batch No) วันที่ผลิต วันหมดอายุ

บันทึกคำร้องเรียน

เลขที่ 4 ถนนอธิบดี ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 41000

รายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียน (เพิ่มเติม)

ลงชื่อ_____ผู้รับเรื่อง ลงชื่อ_____ผู้ร้องเรียน