



บันทึกการรับเรื่องร้องเรียน

หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

๑. วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา น. เลขที่รับ.....

ร้องเรียนทาง () หนังสือ/จดหมาย () โทรศัพท์ () ตนเอง () อื่น ๆ

๒. รายละเอียดผู้ร้องเรียน ชื่อ.....อายุ ปี บัตรประชาชนเลขที่.....

ที่อยู่.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์

๓. เข้าประเด็นพระราชบัญญัติ อาหาร ยา สถานพยาบาล เครื่องสำอาง

วัตถุอันตราย เครื่องมือแพทย์ วัตถุเสพติด

อื่น ๆ.....

๔. เรื่อง

๕. รายละเอียด

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อเท็จจริงที่ได้ยื่นร้องเรียนต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีเป็นความจริงทุกประการและขอรับผิดชอบต่อข้อเท็จจริงดังกล่าวข้างต้นทั้งหมด และข้าพเจ้ารับทราบว่าการให้ความเห็นจมาร้องเรียนต่อเจ้าหน้าที่ซึ่งทำให้ผู้อื่นได้รับความเสียหายเป็นความผิดตามประมวลกฎหมายอาญฐานแจ้งความเท็จต่อพนักงานเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....ผู้ร้องเรียน

รับเรื่องโดย.....

(.....)

(.....)

๖. หลักฐานเบื้องต้นที่ได้ยื่นประกอบคำร้อง ดังนี้ (ถ้ามี)

จดหมาย เทปบันทึกเสียง เอกสารเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ อื่น ๆ

ตัวอย่างผลิตภัณฑ์

หมายเหตุ กรณีเป็นการร้องเรียนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ โปรดระบุ เลขทะเบียนตำรับ เลขที่ใบรับแจ้ง หรือเลขสารบบอาหาร ชื่อผลิตภัณฑ์ รุ่นการผลิต ครั้งที่ผลิต วันที่ผลิต วันหมดอายุ สถานที่ผลิต (ถ้ามี)

๗. การพิจารณาเบื้องต้น ติดต่อกลับผู้ร้องฯ เพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม โอนสายให้นักวิชาการตอบ

ชี้แจงให้ทราบด้วยวาจา อื่น ๆ ระบุ

ลงชื่อ.....ผู้ดำเนินการ

เรียน หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค

ดำเนินการ

- แจ้งเจ้าหน้าที่ สสจ.ดำเนินการต่อไป
- แจ้งเจ้าหน้าที่ สสอ.ดำเนินการต่อไป
- อื่น ๆ

ลงชื่อ ผู้รับผิดชอบฯ
 (.....)
 วันที่

- เห็นควร ดำเนินการตามเสนอ
 อื่น ๆ

ลงชื่อหัวหน้ากลุ่มงานฯ
 (นางศุทธิณี เหลือวงศ์)
 ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการพิเศษ (ด้านสาธารณสุข)
 วันที่

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

คำสั่งผู้มีอำนาจ

- () ทราบ ยุติเรื่อง
- () ดำเนินการต่อไป
- () อื่น ๆ

ลงชื่อ..... หัวหน้ากลุ่มงาน
 (นางศุทธิณี เหลือวงศ์)
 เกสัชกรชำนาญการพิเศษ (ด้านสาธารณสุข)

ลงชื่อ.....
 (นายมะโนตร์ นาคะวัจนะ)
 เกสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านสาธารณสุข)

ความเห็นของบังคับบัญชา

.....

ลงชื่อ
 (.....)
 วันที่ เดือน พ.ศ.