

-ลับ-

แบบบันทึกการรับเรื่องร้องเรียน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
(แบบอิเล็กทรอนิกส์)

1. วันที่รับ 14 มกราคม 2026	เวลา 13:05
ช่องทางที่ร้องเรียน: <input type="checkbox"/> มาพบด้วยตนเอง <input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> Line OA <input type="checkbox"/> จดหมาย <input checked="" type="checkbox"/> อื่นๆ <u>ONLINE</u>	
2. ผู้ร้องเรียน ชื่อ-สกุล นางสาวพร ร่วมประดิษฐ์	บัตรประจำตัวเลขที่ 1679900281503
ที่อยู่ ทดสอบใส่ที่อยู่รับเรื่อง	
โทรศัพท์ 0987654321	e-mail address -
การรับแจ้งผลการดำเนินการ <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input checked="" type="checkbox"/> ต้องการให้แจ้ง ผ่านช่องทาง ไปรษณีย์	
3. ประเด็นร้องเรียน	
<input type="checkbox"/> ยา <input type="checkbox"/> อาหาร <input type="checkbox"/> เครื่องสำอาง <input type="checkbox"/> วัตถุอันตราย <input checked="" type="checkbox"/> เครื่องมือแพทย์ <input type="checkbox"/> สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ <input type="checkbox"/> สถานพยาบาล <input type="checkbox"/> ผลิตภัณฑ์สมุนไพร <input type="checkbox"/> พืชกระท่อม <input type="checkbox"/> สุขาภิบาลอาหาร <input type="checkbox"/> อื่นๆ	
4. เรื่อง ร้องเรียนผลิตภัณฑ์/บริการ ชื่อผลิตภัณฑ์	
5. รายละเอียด (อาจแนบบันทึกรายละเอียดเพิ่มเติมกรณีมีข้อมูลหรือรายละเอียดมาก)	
รายละเอียดเรื่องร้องเรียนรายละเอียดเรื่องร้องเรียนรายละเอียดเรื่องร้องเรียนรายละเอียดเรื่องร้องเรียน รายละเอียดเรื่องร้องเรียนรายละเอียดเรื่องร้องเรียนรายละเอียดเรื่องร้องเรียน รายละเอียดเรื่องร้องเรียนรายละเอียดเรื่องร้องเรียนรายละเอียดเรื่องร้องเรียนรายละเอียดเรื่องร้องเรียนรายละเอียดเรื่องร้องเรียน	
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อเท็จจริงที่ได้ยื่นร้องเรียนต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการเป็นความจริงทุกประการ และขอรับผิดชอบต่อข้อเท็จจริงดังกล่าวข้างต้นทั้งหมด และข้าพเจ้ารับทราบว่าการนำความเท็จมาร้องเรียนต่อเจ้าหน้าที่ซึ่งทำให้ผู้อื่นได้รับความเสียหาย เป็นความผิดตามประมวลกฎหมายอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อพนักงานเจ้าหน้าที่	
ลงชื่อ	ผู้ร้องเรียน
(นางสาวพร ร่วมประดิษฐ์)	(.....)
6. หลักฐานเบื้องต้นที่ได้ยื่นประกอบคำร้องเรียน ดังนี้ (ถ้ามี)	

.....