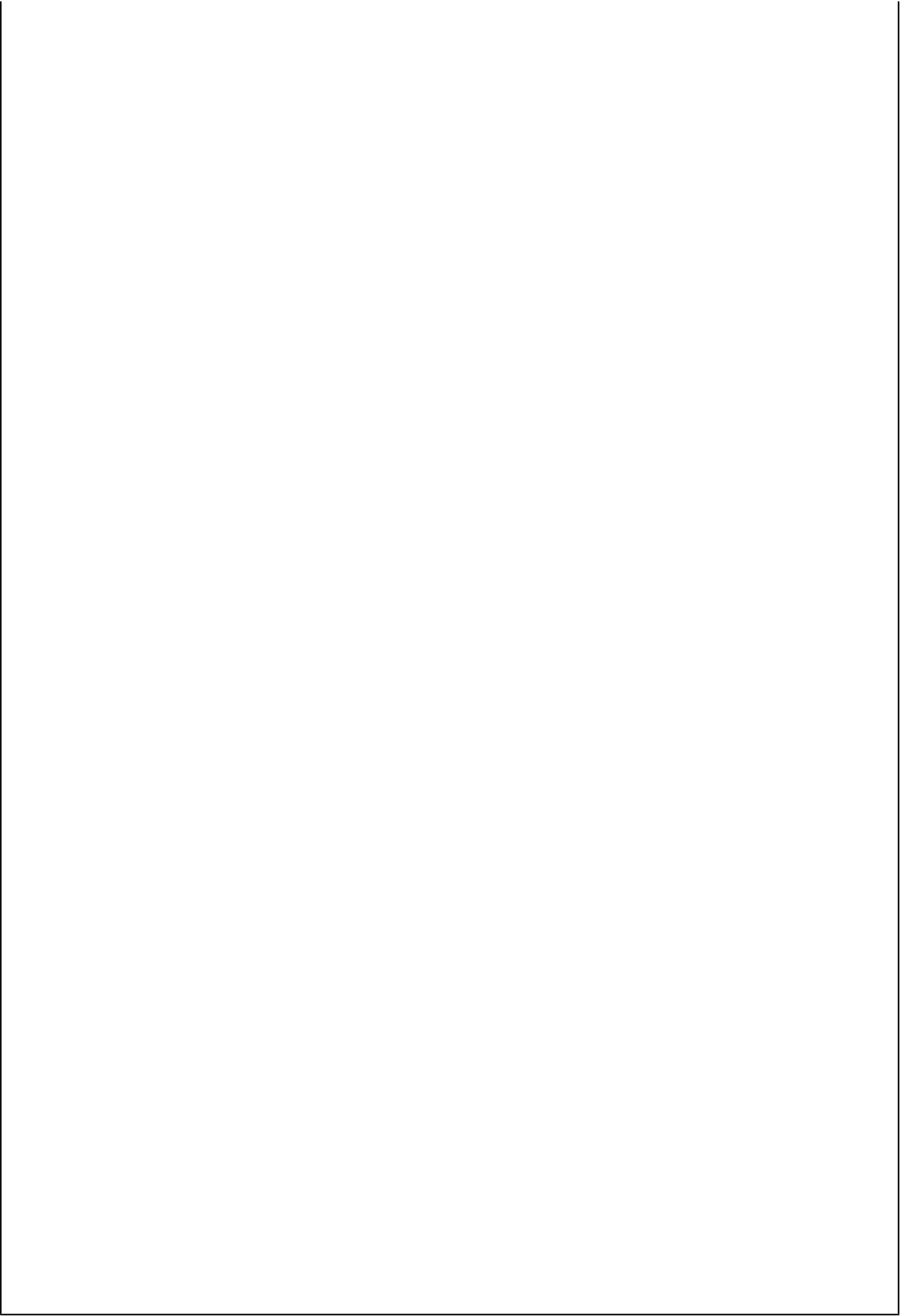


-ลับ-

แบบบันทึกการรับเรื่องร้องเรียน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
(แบบอิเล็กทรอนิกส์)

1. วันที่รับ 15 มกราคม 2026	เวลา 10:10
ช่องทางที่ร้องเรียน: <input type="checkbox"/> มาพบด้วยตนเอง <input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> Line OA <input type="checkbox"/> จดหมาย <input checked="" type="checkbox"/> อื่นๆ ONLINE	
2. ผู้ร้องเรียน ชื่อ-สกุล นางสาวสุรรัตน์ ตั้งพรสิริวงศ์	บัตรประจำตัวเลขที่ 1679900281503
ที่อยู่ -	
โทรศัพท์ 0897654321	e-mail address -
การรับแจ้งผลการดำเนินการ <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input checked="" type="checkbox"/> ต้องการให้แจ้ง ผ่านช่องทาง ไปรษณีย์	
3. ประเด็นร้องเรียน	
<input type="checkbox"/> ยา <input checked="" type="checkbox"/> อาหาร <input type="checkbox"/> เครื่องสำอาง <input type="checkbox"/> วัตถุอันตราย <input 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 ขนมปิ้งจุ ไร้หมูหยอง	
5. รายละเอียด (อาจแนบบันทึกรายละเอียดเพิ่มเติมกรณีมีข้อมูลหรือรายละเอียดมาก) พบเศษผมในขนมปัง เผลอทานเข้าไปแล้ว อยากให้ตรวจสอบ	
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อเท็จจริงที่ได้ยื่นร้องเรียนต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการเป็นความจริงทุกประการ และขอรับผิดชอบต่อข้อเท็จจริงดังกล่าวข้างต้นทั้งหมด และข้าพเจ้ารับทราบว่าการนำความเท็จมาร้องเรียนต่อเจ้าหน้าที่ ซึ่งทำให้ผู้อื่นได้รับความเสียหาย เป็นความผิดตามประมวลกฎหมายอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อพนักงานเจ้าหน้าที่	
ลงชื่อ	ผู้ร้องเรียน
(นางสาวสุรรัตน์ ตั้งพรสิริวงศ์)	()
6. หลักฐานเบื้องต้นที่ได้ยื่นประกอบคำร้องเรียน ดังนี้ (ถ้ามี)	
คูเอกสารแนบท้าย	



เอกสารแนบ 1

Monthly Complaint Status Overview (Trailing 12 Months)

