**แบบฟอร์มแจ้งข้อร้องเรียน/ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ**

**โรงพยาบาลน้ำยืน**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

เลขที่รับ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ชื่อ-สกุล ผู้รับบริการ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

เลขบัตรประจำตัวประชาชน 􀂅 - 􀂅􀂅􀂅􀂅 - 􀂅􀂅􀂅􀂅􀂅 - 􀂅􀂅 - 􀂅

ที่อยู่ตามบัตรประจำตัวประชาชน บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_หมู่ที่ \_\_\_\_\_ตรอก/ซอย\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ถนน\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_แขวง/ตำบล\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_เขต/อำเภอ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

จังหวัด\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_โทรศัพท์เคลื่อนที่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

โทรสาร\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail address\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

สถานที่ติดต่อ/ให้แจ้งผล 􀂅 ที่อยู่ตามบัตรประจำตัวประชาชน หรือ

􀂅 บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_หมู่ที่ \_\_\_\_\_ตรอก/ซอย\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ถนน\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_แขวง/ตำบล\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_เขต/อำเภอ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_จังหวัด\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_โทรศัพท์ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_โทรศัพท์เคลื่อนที่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

โทรสาร\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail address\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

รายละเอียดเป็น 􀂅 ข้อร้องเรียน / 􀂅 ข้อคิดเห็น / 􀂅 ข้อเสนอแนะ โดยสรุปดังนี้

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

คำขอที่ต้องการให้ดำเนินการ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ลงชื่อ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ผู้รับบริการ

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

ผู้รับเรื่อง\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

หมายเหตุ : ท่านสามารถยื่นแบบฯ ได้ที่ "หน่วยงานรับเรื่องร้องเรียน" โรงพยาบาลน้ำยืน 234 หมู่ 7 ต.สีวิเชียร อ.น้ำยืน

จ.อุบลราชธานี 34260 โทร 0-4537-1097-8 หรืออีเมล์ rmnamyuen@gmail.com