

แบบแจ้งการรับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์

ที่

โรงพยาบาลวังน้ำเย็น

ถนน สระแก้ว-จันทบุรี ๒๗๒๑๐

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ๒๕.....

เรื่อง ตอบรับเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียน

เรียน.....

ตามที่ท่านได้แจ้งเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียนผ่านศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต โรงพยาบาลวังน้ำเย็น โดยทาง ( )

หนังสือร้องเรียนทางไปรษณีย์ ( ) ด้วยตนเอง ( ) ทางโทรศัพท์ ( )

อื่น ๆ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ๒๕..... เกี่ยวกับเรื่อง

.....นี้

โรงพยาบาลวังน้ำเย็น ได้ลงทะเบียนรับเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียนของท่าน

ตามทะเบียนรับเรื่องเลขรับที่.....ลงวันที่.....แล้ว

และโรงพยาบาลวังน้ำเย็น ได้พิจารณาเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียนของท่านแล้วปรากฏว่า

( ) เป็นเรื่องที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของโรงพยาบาลวังน้ำเย็น และ

ได้มอบหมายให้.....เป็นหน่วยตรวจสอบและดำเนินการ

( ) ไม่เป็นเรื่องที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของโรงพยาบาลวังน้ำเย็น และ

ได้ส่งเรื่องให้.....ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่

เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปแล้ว โดยท่านสามารถติดต่อหรือขอทราบผลโดยตรงกับหน่วยงานดังกล่าวได้อีก  
ทางหนึ่ง

( ) เป็นเรื่องที่มีกฎหมายบัญญัติขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติไว้เป็นการเฉพาะแล้ว

ตามกฎหมาย.....

จึงขอให้ท่านดำเนินการตามขั้นตอนและวิธีการที่กฎหมายนั้นบัญญัติต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริตโรงพยาบาลวังน้ำเย็น

โทร ๐๓๗-๒๕๑๑๐๘

แบบแจ้งผลการดำเนินงานการรับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์

ที่

โรงพยาบาลวังน้ำเย็น

ถนน สระแก้ว-จันทบุรี ๒๗๒๑๐

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ๒๕.....

เรื่อง แจ้งผลการดำเนินงานเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียน

เรียน.....

อ้างถึง.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย.....

ตามที่โรงพยาบาลวังน้ำเย็น ได้แจ้งตอบรับการรับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์

ของท่านที่ได้แจ้งไว้ที่ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต โรงพยาบาลวังน้ำเย็น ตามหนังสือที่อ้างถึง นั้น

โรงพยาบาลวังน้ำเย็น ได้รับแจ้งผลการดำเนินการจากส่วนราชการ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้ว

ได้ผลสรุปว่า.....

โดยมีรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาพร้อมนี้ หากท่านไม่เห็นด้วยประการใด ขอให้ท่านแจ้งคัดค้านพร้อม

พยานหลักฐานใหม่มายังศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต โรงพยาบาลวังน้ำเย็น เพื่อจะได้ดำเนินการในส่วนที่

เกี่ยวข้องต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริตโรงพยาบาลวังน้ำเย็น

โทร ๐๓๗-๒๕๑๑๐๘