



แบบฟอร์มที่ 2

แบบรายงานข้อคิดเห็น/ข้อร้องเรียนผู้รับบริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ศูนย์สุขภาพจิตที่...5.....

ประจำเดือน.....ตุลาคม 2562.....

ลำดับ	เรื่อง	จำนวนข้อคิดเห็น		การตอบสนองภายใน 15 วันทำการ			
		ผู้รับบริการ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ช่องทาง	วิธีการ	ทำได้	ทำไม่ได้
	ด้านสนับสนุนสื่อ	-	-	-	-	-	-
						
	ด้านการประสานงาน/การติดต่อสื่อสาร	-	-	-	-	-	-
						
	ด้านสถานที่	-	-	-	-	-	-
						
	ด้านเนื้อหา/หลักสูตร	-	-	-	-	-	-
						
	ด้านวิทยากร	-	-	-	-	-	-
						
	ด้านอื่น ๆ (ข้อเสนอแนะ/คำชมเชยฯ)	-	-	-	-	-	-
						

หมายเหตุ

1. ผู้รับบริการ หมายถึง บุคลากรสังกัดสาธารณสุข ส่วนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมายถึง บุคลากรของหน่วยงานอื่น ๆ ในพื้นที่
2. ส่งรายงานภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป ทาง e-mail : pr.sec@dmh.mail.go.th

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ติดต่อ นายอรรถพงษ์ ศิริพัฒนานันทกุล หรือ นางสาวมุกิตา ชื่นอารมณฺ์ โทรศัพท์ 02-590-8223 ภายใน 55223