

ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนทั่วไปและการรับเรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ
โรงพยาบาลศรีรัตนะ

หลักฐานช่องทางการติดต่อ

๑. หมายเลขโทรศัพท์ : สายตรง ๐๔๕-๖๗๗-๐๑๔ ต่อ ๑๑๔
๐๘๔-๓๖๐-๙๘๕๘

๒. เว็บไซต์โรงพยาบาล : www.sirattanahospital.go.th

E-mail: magicdramam๙๑๙๔@gmail.com

๓. ช่องทางอื่นๆ : ติดต่อด้วยตัวเอง

: จดหมาย

: ได้รับความคิดเห็นตามจุดต่างๆ ของโรงพยาบาล

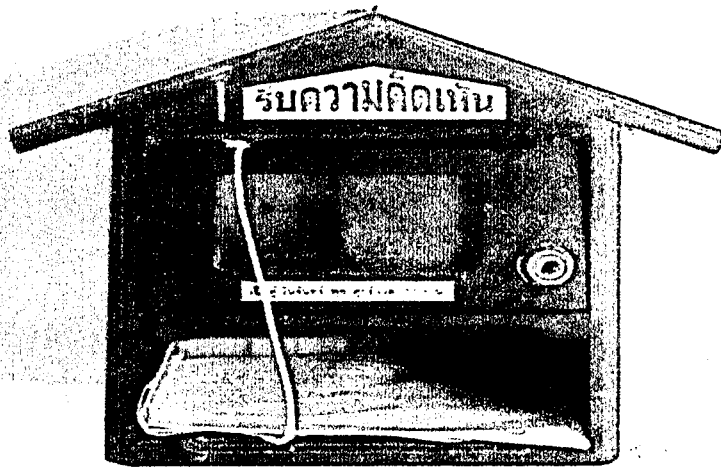
(ทำการเปิดตู้ทุกสัปดาห์ โดยคณะกรรมการความเสี่ยง)

: ผ่านท่านผู้บริหาร

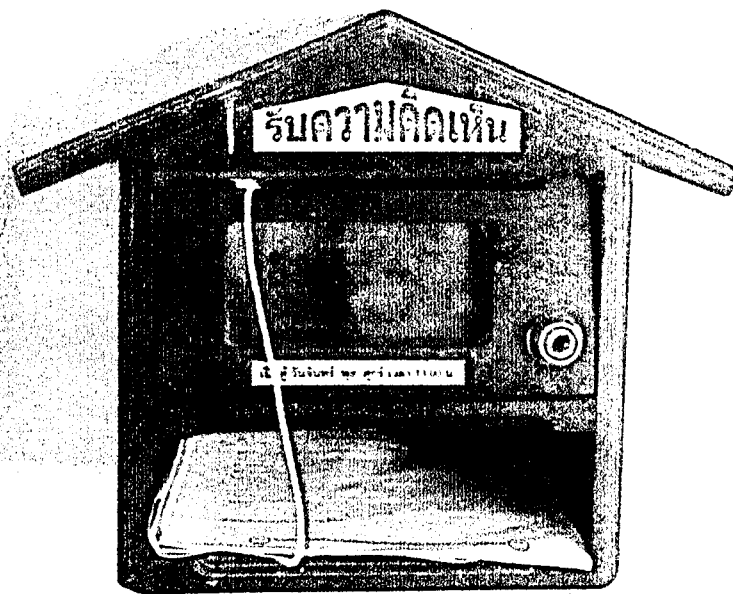
: หน่วยงานภายนอก

.....

กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ
กระทรวงพาณิชย์
เลขที่ กส.ร. ๑๖๖๖/๒๕๖๓
กรุงเทพฯ



กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ
กระทรวงพาณิชย์
เลขที่ กส.ร. ๑๖๖๖/๒๕๖๓
กรุงเทพฯ



แบบคำร้องเรียน/แจ้งเบาะแส
การทุจริตและประพฤติมิชอบ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีรัตนะ

ข้าพเจ้าอายุ.....ปี

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....อาชีพ.....เลขที่บัตรประชาชน.....

ออกโดย.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....

มีความประสงค์ขอร้องเรียน/แจ้งเบาะแสการต่อต้านการทุจริต เพื่อให้โรงพยาบาลศรีรัตนะ พิจารณา
ดำเนินการตรวจสอบหรือช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาในเรื่อง

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำขอร้องเรียน/แจ้งเบาะแสนี้เป็นการต่อต้านการทุจริต

ตามข้างต้นเป็นจริงทุกประการ โดยข้าพเจ้าขอส่งเอกสารหลักฐานประกอบการร้องเรียน/ร้องทุกข์ (ถ้ามี) ได้แก่

๑)จำนวน.....ชุด

๒)จำนวน.....ชุด

๓)จำนวน.....ชุด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....)