

แบบคำร้องทุกข์/ร้องเรียน (ด้วยตนเอง)

ที่...ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าช้าง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง.....

เรียน สาธารณสุขอำเภอท่าช้าง

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

หมายเลข โทรศัพท์.....อาชีพ.....

ตำแหน่ง..... ถิ่นบัตร.....

เลขที่บัตร.....ออกโดย..... วันออกบัตร.....

วันหมดอายุ..... มีความประสงค์ขอร้องทุกข์/ ร้องเรียนเพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
ท่าช้างพิจารณาดำเนินการช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหาในเรื่อง

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำร้องทุกข์/ร้องเรียนตามรายการข้างต้นเป็นจริง และข้าพเจ้ายินดี รับผิดชอบทั้งทาง
แพ่งและทางอาญหากจะมี โดยข้าพเจ้าขอส่งเอกสาร/หลักฐานประกอบการร้องทุกข์/ร้องเรียน (ถ้ามี) ได้แก่

๑. จำนวน.....ชุด

๒. จำนวน.....ชุด

๓. จำนวน.....ชุด

๔. จำนวน.....ชุด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ร้องทุกข์/ร้องเรียน
(.....)

แบบคำร้องทุกข์/ร้องเรียน(โทรศัพท์)

ที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าช้าง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง.....

เรียน สาธารณสุขอำเภอท่าช้าง

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....หมายเลขโทรศัพท์.....
อาชีพ.....ตำแหน่ง.....ถือบัตร.....
เลขที่บัตร.....ออกโดย.....วันออกบัตร.....
วันหมดอายุ..... มีความประสงค์ขอร้องทุกข์/ ร้องเรียนเพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่า
ช้างพิจารณาดำเนินการช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหาในเรื่อง.....

.....
โดยขออ้าง.....
.....

.....เป็นพยานหลักฐานประกอบ
ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำร้องทุกข์/ร้องเรียนตามรายการข้างต้นเป็นจริง และเจ้าหน้าที่ได้แจ้ง ให้
ข้าพเจ้าทราบแล้วว่า หากเป็นคำร้องไม่สุจริต อาจต้องได้รับผิดตามกฎหมายได้ โดยข้าพเจ้าขอส่งเอกสาร/
หลักฐานประกอบการร้องทุกข์/ร้องเรียน (ถ้ามี) ได้แก่

- ๑..... จำนวน.....ชุด
- ๒..... จำนวน.....ชุด
- ๓..... จำนวน.....ชุด
- ๔..... จำนวน.....ชุด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับเรื่อง
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....