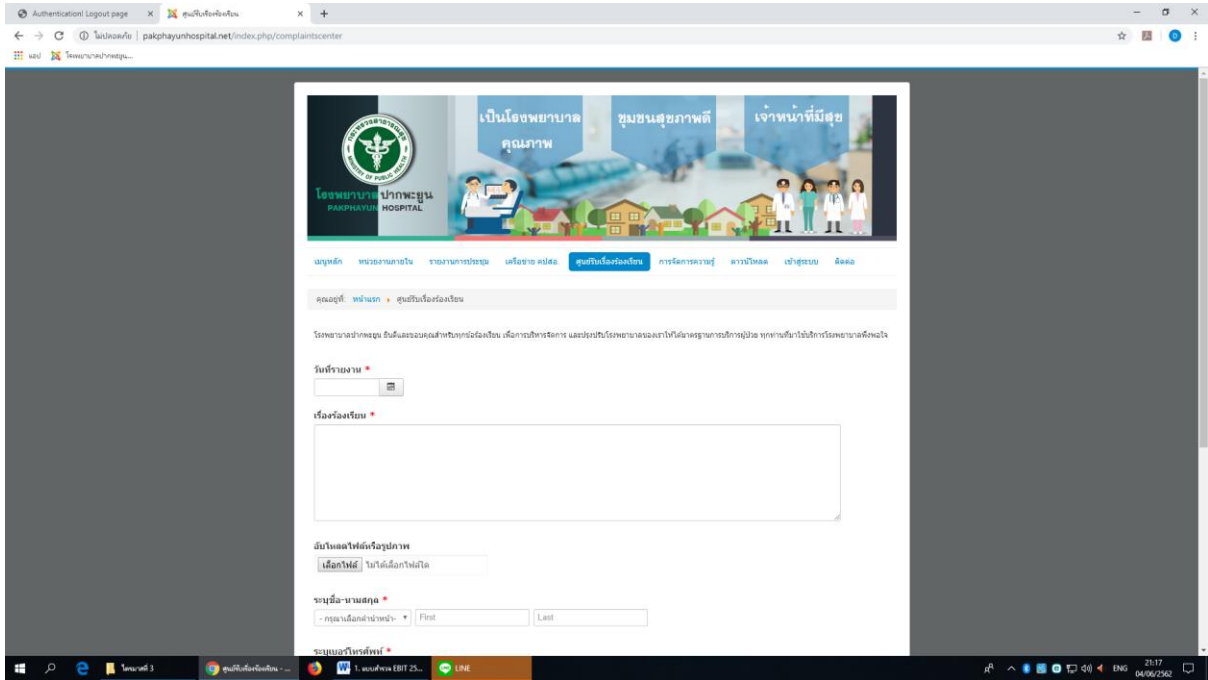


ช่องทางการร้องเรียนร้องทุกข์ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต



ตู้รับข้อเสนอแนะ/ร้องทุกข์ ร้องเรียน




แบบฟอร์มการร้องเรียนร้องทุกข์/ข้อเสนอแนะ

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ/ข้อร้องเรียน
โรงพยาบาลปากพะยูน อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

รายละเอียดข้อเสนอนแนะ/ข้อร้องเรียน

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

ลงชื่อ..... ผู้เสนอแนะ/ร้องเรียน เบอร์โทรศัพท์.....
ที่อยู่.....
(กรุณาระบุ ชื่อสกุล ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์เพื่อความสะดวกในการขอข้อมูลเพิ่มเติม/ตอบกลับ)

 ขอขอบพระคุณที่ท่านกรุณาให้ข้อเสนอแนะ/ข้อร้องเรียน

F-01MR-007(แก้ไขครั้งที่ 01-20/09/50)

ป้ายแสดงตำแหน่งที่ตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์

