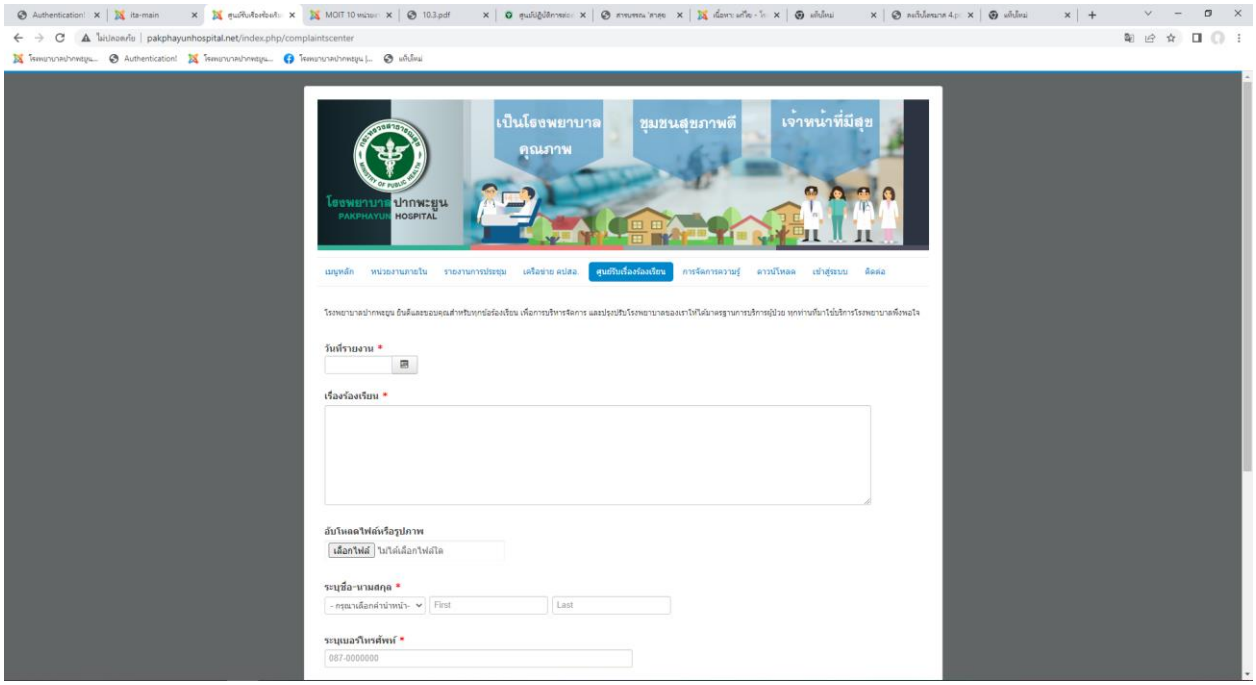
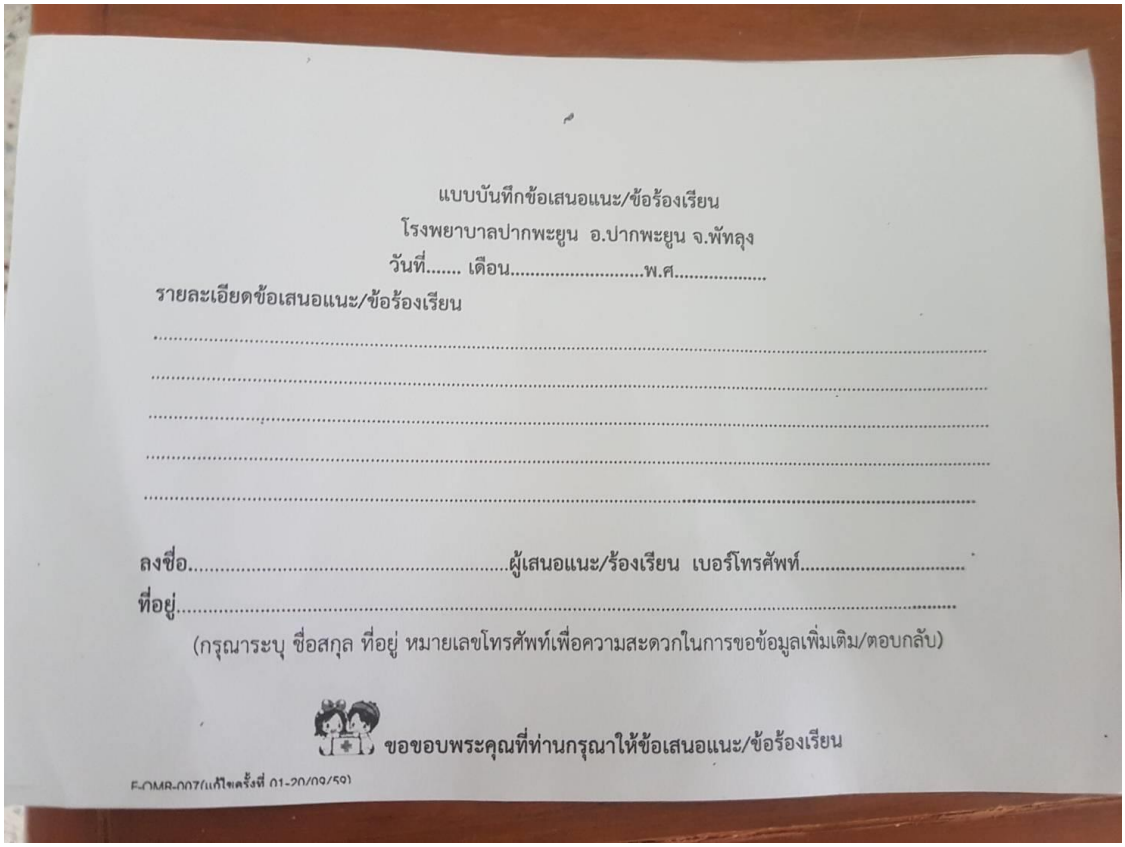
ช่องทางการร้องเรียนร้องทุกข์ผ่านระบบอินเตอร์เน็ต



ตู้รับข้อเสนอแนะ/ร้องทุกข์ ร้องเรียน

แบบฟอร์มการร้องเรียนร้องทุกข์/ข้อเสนอแนะ



แบบบันทึกข้อเสนอแนะ/ข้อร้องเรียน
โรงพยาบาลปากพะยูน อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง
วันที่..... เดือน.....พ.ศ.....
รายละเอียดข้อเสนอแนะ/ข้อร้องเรียน
.....
.....
.....
.....
.....
ลงชื่อ.....ผู้เสนอแนะ/ร้องเรียน เบอร์โทรศัพท์.....
ที่อยู่.....
(กรุณาระบุ ชื่อสกุล ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์เพื่อความสะดวกในการขอข้อมูลเพิ่มเติม/ตอบกลับ)
ขอขอบพระคุณที่ท่านกรุณาให้ข้อเสนอแนะ/ข้อร้องเรียน
F-QMR-007(แก้ไขครั้งที่ 01-20/09/59)

ป้ายแสดงตำแหน่งที่ตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์