

ที่ สฎ ๑๙๓๓/ว๒๐๐



สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิภาวดี
๒๒๙ หมู่ที่ ๔ ตำบลตะกุกเหนือ
อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี
๘๔๓๗๐

๑๗ มีนาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ประชาสัมพันธ์ช่องทางในการรับเรื่องร้องเรียน

เรียน หัวหน้าส่วนราชการอำเภอวิภาวดี/ผู้บริหารสถานศึกษาอำเภอวิภาวดี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุกตำบล/ผอ.รพ.สต.ทุกแห่ง/กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ดำเนินการกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ปี ๒๕๖๖ และกำหนดให้ หน่วยงานต้องมีการกำหนดช่องทางการร้องเรียน และขั้นตอนกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียน และผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ เพื่อให้ผู้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ใช้เป็นช่องทางในการร้องเรียนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ของรัฐ นั้น

เพื่อให้การดำเนินการเกี่ยวกับการรับเรื่องร้องเรียน เป็นไปอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ขอประชาสัมพันธ์ช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน ดังนี้

๑. จดหมายเจ้าหน้าที่ของถึงสาธารณสุขอำเภอวิภาวดี ที่อยู่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิภาวดี ๒๒๙ หมู่ ๔ ตำบลตะกุกเหนือ อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๔๓๗๐

๒. เว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิภาวดี http://sso-vibhavadi.com/person_๑๕๙๗ และ Face book สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิภาวดี

๓. โทรศัพท์ ๐ ๗๗๒๙ ๒๐๗๖ โทรสาร ๐ ๗๗๒๙ ๒๐๗๖

๔. กล่องรับความคิดเห็น

๕. มายืนด้วยตนเองที่ ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิภาวดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

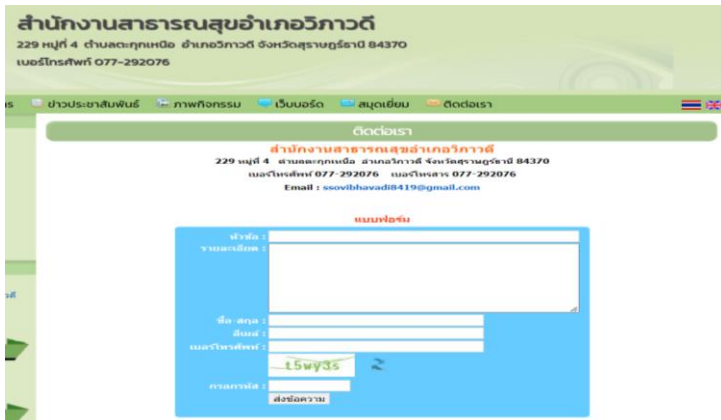
(นายสารุพิสุทธิ์ นิยมจิตร)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รักษาราชการแทน
สาธารณสุขอำเภอวิภาวดี

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิภาวดี

โทร. ๐ ๗๗๒๙ ๒๐๗๖

ช่องทางรับเรื่องร้องเรียน ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี



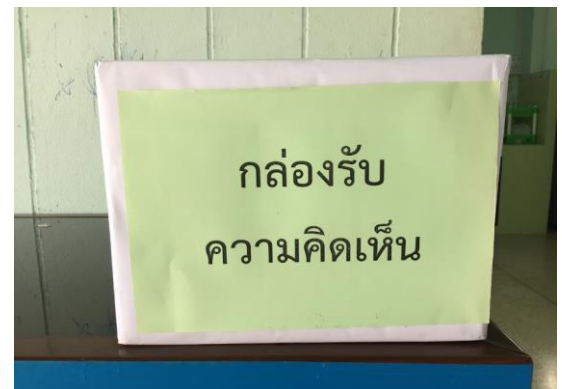
เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิภาวดี
[www.http://sso-vibhavadi.com/person_๑๕๙๗](http://sso-vibhavadi.com/person_๑๕๙๗)



ร้องเรียนผ่านโทรศัพท์สำนักงาน
เบอร์ ๐ ๗๗๒๙ ๒๐๗๖



ยื่นข้อร้องเรียนด้วยตนเองกับเจ้าหน้าที่



กล่องรับความคิดเห็น



สสอ. วิภาวดี

Face book สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิภาวดี

แบบฟอร์มร้องเรียน

เขียนที่.....

.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง.....

เรียน สาธารณสุขอำเภอวิภาวดี

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด.....
เบอร์โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ร้องเรียน

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้ร้องเรียน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับเรื่องร้องเรียน
(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบข้อร้องเรียน
(.....)

ตำแหน่ง.....