

ที่ สฎ ๑๙๓๓/ว๓๑๖



สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิภาวดี
๒๒๙ หมู่ที่ ๔ ตำบลตะกุกเหนือ
อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี
๘๔๓๗๐

๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๙

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

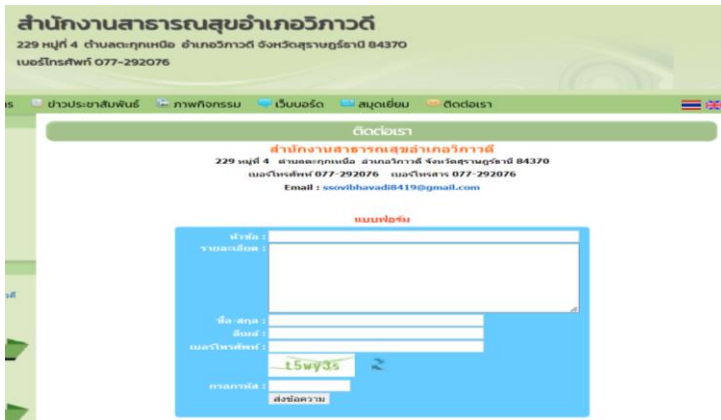
(นายสารุพิสุทธิ์ นิยมจิตร)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการแทน
สาธารณสุขอำเภอวิภาวดี

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิภาวดี

โทร. ๐ ๗๗๒๙ ๒๐๗๖

ช่องทางรับเรื่องร้องเรียน ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี



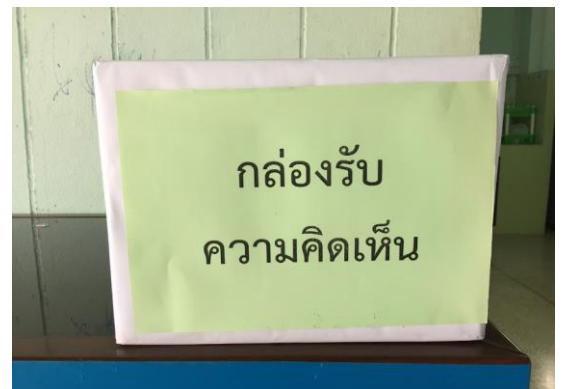
เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิภาวดี
[www.http://sso-vibhavadi.com/person_๑๕๕๗](http://sso-vibhavadi.com/person_๑๕๕๗)



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.....