



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

ที่ อบ ๐๐๓๕.๐๑๑.๐๓ / ๐๐๖ วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๔

เรื่อง รายงานสรุปผลการดำเนินงานการจัดการเรื่องร้องเรียน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโขงเจียม

ตามที่โรงพยาบาลโขงเจียม มีการจัดตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียนจากผู้ป่วยและผู้มารับบริการ เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนให้เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน และมีประสิทธิภาพ โดยมีช่องทางการร้องเรียน ๗ ช่องทาง ดังนี้

- ๑) ร้องเรียนด้วยตนเอง ที่ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต โรงพยาบาลโขงเจียม
- ๒) ทางไปรษณีย์ (ที่อยู่ ๑๒๗๗ หมู่ ๒ โรงพยาบาลโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๒๒๐)
- ๓) ร้องเรียนทางโทรศัพท์ หมายเลข ๐ ๔๕ ๙๕๙ ๖๖๑ หมายเลขโทรสาร ๐ ๔๕ ๙๕๙ ๖๖๑
- ๔) ผู้รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ โรงพยาบาลโขงเจียม
- ๕) <https://www.kchhospital.go.th>
- ๖) Facebook : โรงพยาบาลโขงเจียม
- ๗) สายตรงผู้อำนวยการโรงพยาบาลโขงเจียม ๐๘ ๗๙๖๔ ๑๓๑๒ นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลโขงเจียม ได้สรุปผลการดำเนินงานจัดการรับเรื่องร้องเรียนของผู้ป่วยและผู้มารับบริการ ภายในระยะเวลา ๖ เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ - เดือนมีนาคม ๒๕๖๕ ปรากฏว่าไม่พบข้อร้องเรียนขึ้นทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

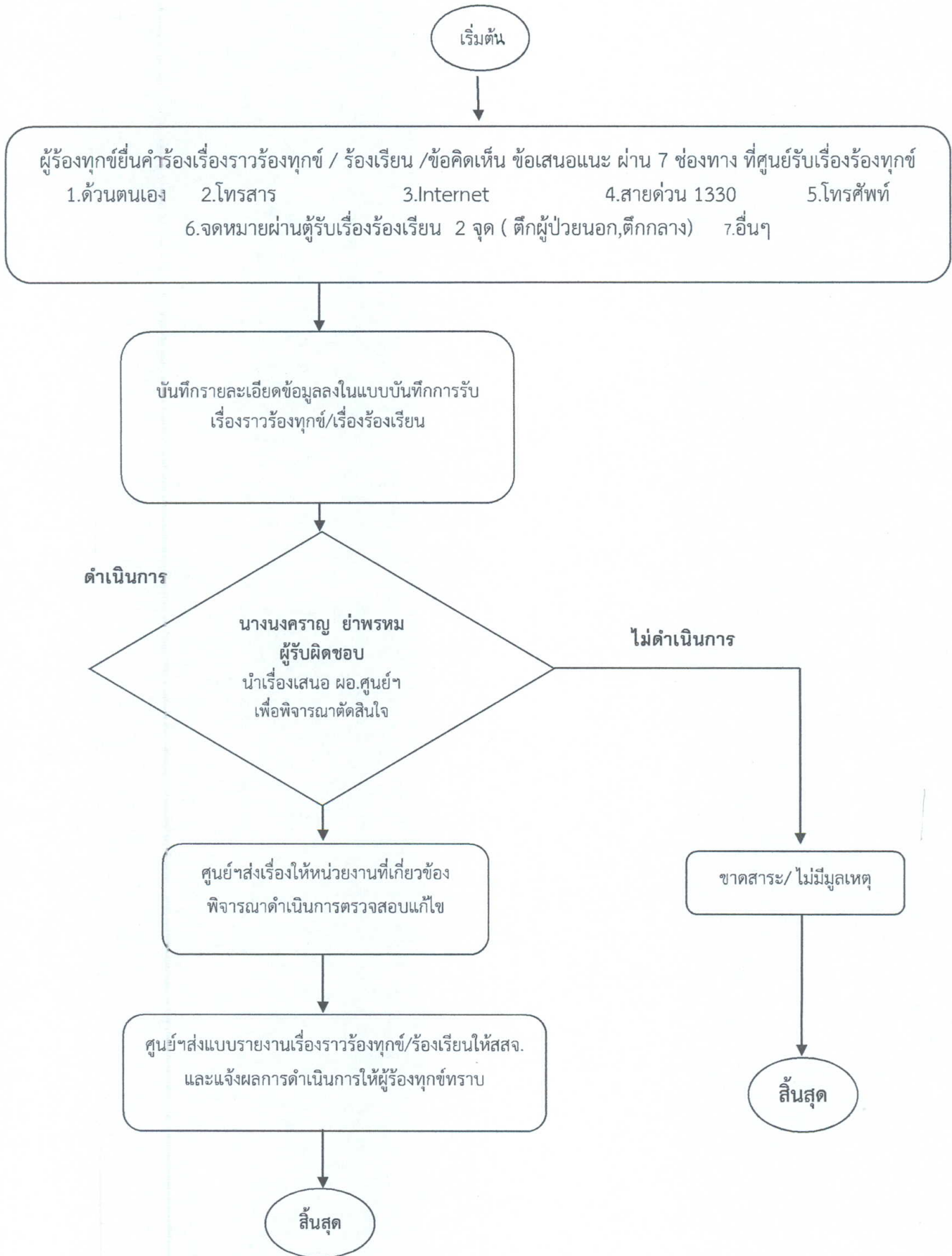
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นางนงคราญ ย่าพรหม)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

เห็นชอบ

(นายสิทธิพงษ์ อุ่นทวง)
นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโขงเจียม

แผนผังแสดงขั้นตอนการดำเนินการ
ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์โรงพยาบาลโขงเจียม



แบบฟอร์มรับซื้อร้องเรียน

ประเด็นข้อร้องเรียน.....

รายละเอียด

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

วัน/เดือน/ปี.....

*กรุณาเขียน ชื่อ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ หากต้องการให้
โรงพยาบาลโขงเจียม แจกกลับผลการดำเนินการ

ชื่อ-สกุล.....

ที่อยู่.....

.....

โทรศัพท์.....



แบบฟอร์มรับซื้อร้องเรียน

ประเด็นข้อร้องเรียน.....

รายละเอียด

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

วัน/เดือน/ปี.....

*กรุณาเขียน ชื่อ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ หากต้องการให้
โรงพยาบาลโขงเจียม แจกกลับผลการดำเนินการ

ชื่อ-สกุล.....

ที่อยู่.....

.....

โทรศัพท์.....



แบบฟอร์มรับซื้อร้องเรียน

ประเด็นข้อร้องเรียน.....

รายละเอียด

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

วัน/เดือน/ปี.....

*กรุณาเขียน ชื่อ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ หากต้องการให้
โรงพยาบาลโขงเจียม แจกกลับผลการดำเนินการ

ชื่อ-สกุล.....

ที่อยู่.....

.....

โทรศัพท์.....



แบบฟอร์มรับซื้อร้องเรียน

ประเด็นข้อร้องเรียน.....

รายละเอียด

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

วัน/เดือน/ปี.....

*กรุณาเขียน ชื่อ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ หากต้องการให้
โรงพยาบาลโขงเจียม แจกกลับผลการดำเนินการ

ชื่อ-สกุล.....

ที่อยู่.....

.....

โทรศัพท์.....

