



แบบฟอร์มที่ 2

แบบรายงานข้อคิดเห็น/ข้อร้องเรียนผู้รับบริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย  
ศูนย์สุขภาพจิตที่...5.....  
ประจำเดือน.....มกราคม 2563.....

ลำดับ	เรื่อง	จำนวนข้อคิดเห็น		การตอบสนองภายใน 15 วันทำการ			
		ผู้รับบริการ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ช่องทาง	วิธีการ	ทำได้	ทำไม่ได้
	ด้านสนับสนุนสื่อ	-	-	-	-	-	-
	.....						
	ด้านการประสานงาน/การติดต่อสื่อสาร	-	-	-	-	-	-
	.....						
	ด้านสถานที่	-	-	-	-	-	-
	.....						
	ด้านเนื้อหา/หลักสูตร	-	-	-	-	-	-
	.....						
	ด้านวิทยากร	-	-	-	-	-	-
	.....						
	ด้านอื่น ๆ (ข้อเสนอแนะ/คำชมเชยฯ)	-	-	-	-	-	-
	.....						

หมายเหตุ

1. ผู้รับบริการ หมายถึง บุคลากรสังกัดสาธารณสุข ส่วนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมายถึง บุคลากรของหน่วยงานอื่น ๆ ในพื้นที่
  2. ส่งรายงานภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป ทาง e-mail : pr.sec@dmh.mail.go.th
- สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ติดต่อ นายยุทธพงษ์ ศิริพัฒนานันท์กูร หรือ นางสาวมุกทิศา ชื่นอารมณธ์ โทรศัพท์ 02-590-8223 ภายใน 55223