

แบบรับเรื่องร้องเรียน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค วันที่รับเรื่อง.....					
ร้องเรียนทาง	<input type="checkbox"/> หนังสือจดหมาย	<input type="checkbox"/> โทรสาร	<input type="checkbox"/> อินเทอร์เน็ต		
	<input type="checkbox"/> โทรศัพท์	<input type="checkbox"/> มาเอง	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....		
ผู้ร้องเรียน ชื่อ-สกุล..... โทร..... ที่อยู่.....					
ประเด็นร้องเรียน					
	<input type="checkbox"/> ยา	<input type="checkbox"/> อาหาร	<input type="checkbox"/> เครื่องสำอาง	<input type="checkbox"/> เครื่องมือแพทย์	<input type="checkbox"/> วัตถุอันตราย
	<input type="checkbox"/> ยาเสพติด/วัตถุออกฤทธิ์	<input type="checkbox"/> สถานพยาบาล	<input type="checkbox"/> นวด/สปา	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	
เรื่อง					
รายละเอียด <div style="text-align: right;"> ลงชื่อ.....ผู้ร้องเรียน (.....) วันที่..... </div>					
การดำเนินการ					
เรียน หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค เห็นควร ส่งเรื่องให้.....ดำเนินการ สำเนาเรื่องให้.....ติดตาม ทำประชาสัมพันธ์..... ยุติเรื่อง เนื่องจาก..... <div style="text-align: right;"> ลงชื่อ.....ผู้เสนอความเห็น วันที่..... </div> <div style="text-align: center;"> ลงชื่อ..... หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค </div>					