



## แบบฟอร์มหนังสือร้องทุกข์ - ร้องเรียน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี  
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....ตำบล.....  
อำเภอ..... จังหวัด..... ขอร้องทุกข์ - ร้องเรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด  
กาญจนบุรี เนื่องจาก

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

เพื่อให้ดำเนินการช่วยเหลือและแก้ไขปัญหา ดังนี้

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

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน.....ฉบับ
2. บัญชีรายชื่อผู้ได้รับความเดือดร้อน จำนวน.....ราย
3. เอกสารอื่น ๆ (ระบุ).....

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ร้องทุกข์ / ร้องเรียน

(.....)

หมายเลขโทรศัพท์.....





ทะเบียนรับเรื่องราวร้องทุกข์ - ร้องเรียน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ประจำปีงบประมาณ.....

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่	วันที่	เรื่องที่ร้องทุกข์ - ร้องเรียน	หมายเหตุ
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

