

แบบรายงานข้อคิดเห็น/ข้อร้องเรียนผู้รับบริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

แบบฟอร์มที่ 2

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12

ประจำเดือน ตุลาคม 2561 - กันยายน 2562

ลำดับ	เรื่อง	จำนวนข้อคิดเห็น		การตอบสนองภายใน 15 วันทำการ			
		ผู้รับบริการ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ช่องทาง	วิธีการ	ทำได้	ทำไม่ได้
1	ด้านสนับสนุนสื่อ ...ไม่มี.....	-	-	-	-	-	-
2	ด้านการประสานงาน/การติดต่อสื่อสาร ...ไม่มี.....	-	-	-	-	-	-
3	ด้านสถานที่ ...ไม่มี.....	-	-	-	-	-	-
4	ด้านเนื้อหา/หลักสูตร ...ไม่มี.....	-	-	-	-	-	-
5	ด้านวิทยากร ...ไม่มี.....	-	-	-	-	-	-
7	ด้านอื่น ๆ ...ไม่มี.....	-	-	-	-	-	-

หมายเหตุ

1. ผู้รับบริการ หมายถึง บุคลากรสังกัดสาธารณสุข ส่วนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมายถึง บุคลากรของหน่วยงานอื่นๆในพื้นที่
2. ส่งรายงานภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป ทาง e-mail : pr.sec@dmh.mail.go.th

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ติดต่อ นายยุทธพงษ์ ศิริพัฒนานันทกุล หรือ นางสาวมุกิตา ชื่นอารมณั โทรศัพท 02-5908233 ภายใน 55223