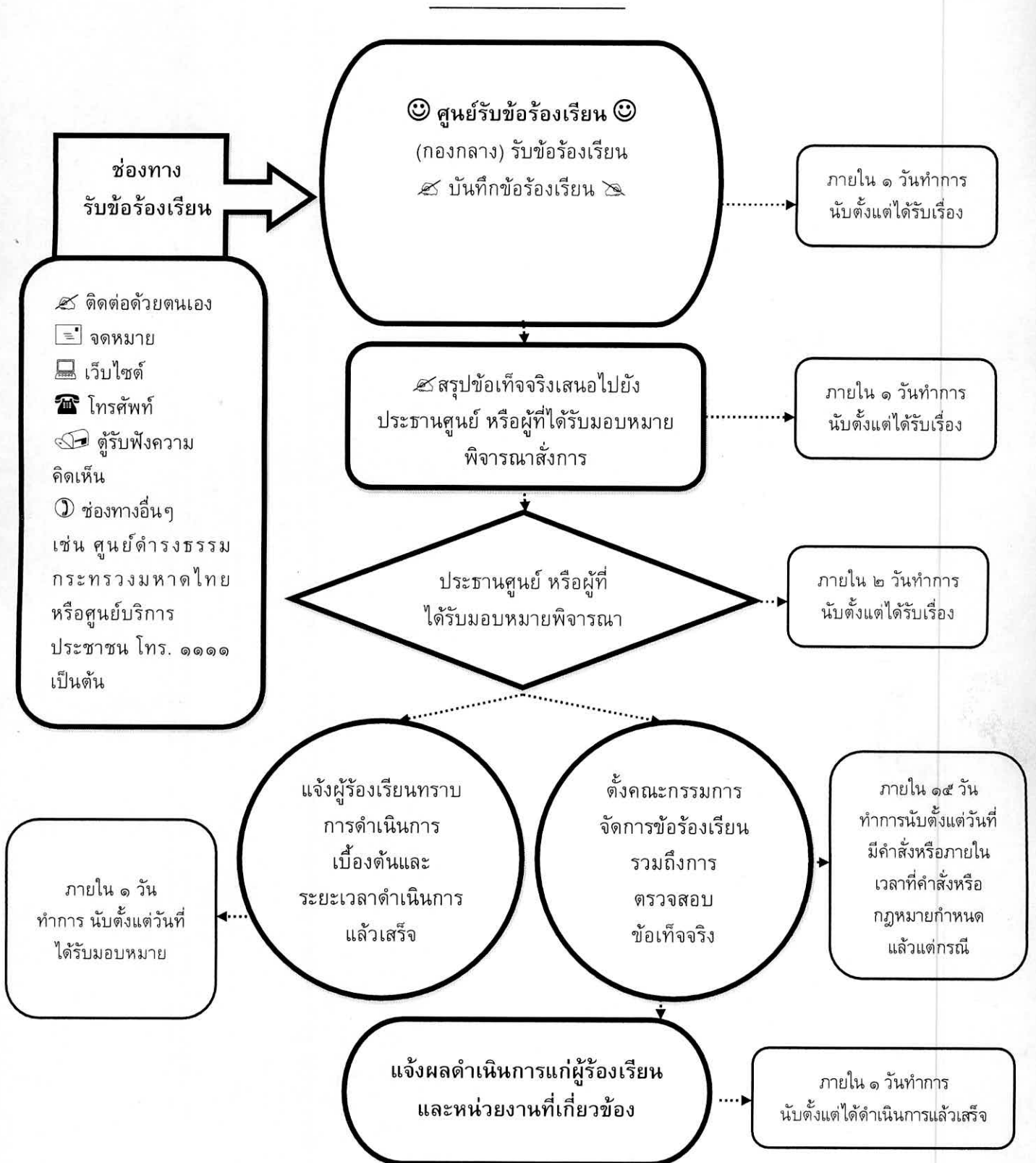


สำหรับการติดตามและประเมินผล ได้กำหนดให้เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์รวบรวมและรายงานข้อร้องเรียน ให้ศูนย์รับข้อร้องเรียนทราบ ทุกระยะ ๓ เดือน

กระบวนการจัดการข้อร้องเรียน
ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนโรงพยาบาลวังโป่ง



😊 แบบฟอร์มแจ้งข้อร้องเรียน 😊
ของโรงพยาบาลวังโป่ง

เลขที่รับ _____
วันที่ _____

ชื่อ-สกุล ผู้รับบริการ _____

เลขบัตรประจำตัวประชาชน - □□□□ - □□□□□ - □□ - □

ที่อยู่ตามบัตรประจำตัวประชาชน บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____

ถนน _____ แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____

โทรศัพท์เคลื่อนที่ _____ โทรสาร _____

e-mail address _____

สถานที่ติดต่อ/ให้แจ้งผล ที่อยู่ตามบัตรประจำตัวประชาชน หรือ

บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____

ถนน _____ แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____

โทรศัพท์เคลื่อนที่ _____ โทรสาร _____

e-mail address _____

รายละเอียดเป็น ข้อร้องเรียน / ข้อคิดเห็น / ข้อเสนอแนะ โดยสรุปดังนี้

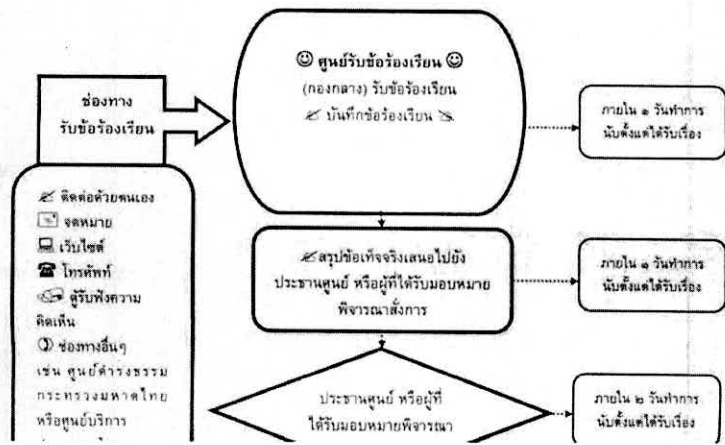
คำขอที่ต้องการให้ดำเนินการ _____

ลงชื่อ _____ ผู้รับบริการ
(_____)

ผู้รับเรื่อง _____

สำหรับการติดตามและประเมินผล ได้กำหนดให้เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ฯรวบรวมและรายงานข้อร้องเรียน ให้ศูนย์รับข้อร้องเรียนทราบ ทุกกระยะ ๓ เดือน

กระบวนการจัดการข้อร้องเรียน ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนโรงพยาบาลวังโป่ง



ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์

การจัดการข้อร้องเรียน

โรงพยาบาลวังโป่ง

หน้าที่ของ “ศูนย์รับข้อร้องเรียน”

“ศูนย์รับข้อร้องเรียน” ทำหน้าที่จัดการข้อร้องเรียน เกี่ยวกับการปฏิบัติงานหรือให้บริการของเจ้าหน้าที่ในสังกัด โรงพยาบาลวังโป่ง ที่มาจาก ช่องทางการรับข้อร้องเรียนต่าง ๆ โดยให้มีเจ้าหน้าที่เป็นเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์รับข้อร้องเรียน

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบประจำศูนย์รับข้อร้องเรียน

โรงพยาบาลวังโป่งได้มอบหมายให้นางสาวเจษฎิรา ตั้งวัฒนาสิน เจ้าพนักงานธุรการ เป็นคนรับข้อร้องเรียน มีหน้าที่รับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ ลงทะเบียนรับเรื่อง แยกเรื่องและส่งเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ให้คณะกรรมการประจำศูนย์รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ พิจารณาสั่งการต่อไป

ช่องทางการติดต่อแจ้งข้อร้องเรียน

กรณีผู้ร้องเรียนไม่สะดวกแจ้งข้อร้องเรียนโดยตรงขอความช่วยเหลือ และขอความช่วยเหลือจากหน่วยงาน ปฏิบัติงานหรือให้บริการของเจ้าหน้าที่สำนักงาน สามารถแจ้งผ่านช่องทางต่าง ๆ ดังนี้

(๑) ติดต่อด้วยตนเอง โดยผู้รับบริการสามารถขอรับแบบฟอร์มแจ้งข้อร้องเรียน ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ และคำชมเชยได้ที่เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์รับข้อร้องเรียน

(๒) จดหมาย โดยเจ้าหน้าที่ของถึง “ศูนย์รับข้อร้องเรียน โรงพยาบาลวังโป่ง เลขที่ ๑๑๖ หมู่ ๑๓ ตำบลวังโป่ง อำเภอวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์ ๖๗๒๔๐”

(๓) ทางโทรศัพท์ ได้แก่ ประธานคณะกรรมการศูนย์ฯ หมายเลข ๐๖๑-๖๘๔๘๘๘๘ หรือ โรงพยาบาลวังโป่ง หมายเลข ๐๕๖-๗๕๘๒๒๔, ๐๘๖-๔๔๐๔๑๕๒

(๔) ทาง website โรงพยาบาลวังโป่งที่ www.wangpong hospital.go.th

(๕) ผู้รับฟังความคิดเห็นของโรงพยาบาล

(๖) ช่องทางอื่น ๆ เช่น ศูนย์ดำรงธรรม กระทรวงมหาดไทย หรือศูนย์บริการประชาชน สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี โทรศัพท์ หมายเลข ๑๑๑๑ เป็นต้น

กรณีเป็นการร้องเรียนผ่านทางสื่อมวลชน (สิ่งพิมพ์ วิทยุกระจายเสียง และวิทยุโทรทัศน์) ศูนย์รับข้อร้องเรียนสามารถบันทึกข้อร้องเรียนในแบบฟอร์มแจ้งข้อร้องเรียนพร้อมพยานหลักฐานที่เกี่ยวข้องส่งมอบประธานศูนย์หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายพิจารณาตามที่เห็นสมควร

ประเภทของการจัดการกระบวนการ

กระบวนการจัดการข้อร้องเรียน แบ่งออกเป็น ๒ ประเภท กล่าวคือ^๑

(๑) กระบวนการจัดการข้อร้องเรียนเกี่ยวกับเรื่องทั่วไป

(๒) กระบวนการจัดการข้อร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ

กระบวนการจัดการข้อร้องเรียน

กระบวนการจัดการข้อร้องเรียน ดังนี้

(๑) เมื่อได้รับข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ หากข้อร้องเรียนนั้นมิได้ทำเป็นหนังสือให้จัดให้มีการบันทึกข้อร้องเรียนดังกล่าวลงในแบบฟอร์มแจ้งข้อร้องเรียน ซึ่งจะต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๑ วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับข้อร้องเรียน

(๒) ให้ศูนย์รับข้อร้องเรียน สรุปรายชื่อเท็จจริงเรื่องที่ร้องเรียน และเสนอข้อร้องเรียนนั้นไปยังคณะกรรมการศูนย์โดยไม่ชักช้า ซึ่งจะต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๑ วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับข้อร้องเรียน หากไม่สามารถดำเนินการภายในระยะเวลาดังกล่าวให้ชี้แจงเหตุผล ประกอบด้วย

(๓) ประธานศูนย์หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายพิจารณาสั่งการ ภายใน ๒ วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับข้อร้องเรียนจากศูนย์รับข้อร้องเรียน

ทั้งนี้ให้คณะกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อดำเนินการจัดการข้อร้องเรียน แก้ไขปัญหาและปรับปรุงการให้บริการ รวมถึงการตรวจสอบข้อเท็จจริงในเรื่องที่ร้องเรียน ให้แล้วเสร็จภายใน ๑๕ วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับการสั่งการ

ในกรณีที่คณะกรรมการหรือคณะทำงานไม่สามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนดดังกล่าวได้ ให้ขอขยายระยะเวลาต่อประธานศูนย์หรือผู้สั่งแต่งตั้งเพื่อพิจารณาสั่งการพร้อมชี้แจงข้อเท็จจริงและเหตุผลประกอบด้วย

(๔) เมื่อได้ดำเนินการแล้วเสร็จ ให้ศูนย์รับข้อร้องเรียนแจ้งให้ ผู้ร้องเรียนทราบเบื้องต้นถึงการได้รับเรื่อง แนวทางการจัดการ และระยะเวลาที่คาดว่าจะดำเนินการจัดการข้อร้องเรียนแล้วเสร็จ รวมถึงชื่อผู้ประสานงานพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ด้วย ทั้งนี้ ให้ดำเนินการภายใน ๑ วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ประธานหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายพิจารณาสั่งการ

(๕) เมื่อได้ดำเนินการจัดการข้อร้องเรียน แก้ไขปัญหาและปรับปรุงการให้บริการ รวมถึงการตรวจสอบข้อเท็จจริงในประเด็นที่มีการร้องเรียนเรียบร้อยแล้ว ให้ศูนย์รับข้อร้องเรียนแจ้งให้ผู้ร้องเรียนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบต่อไป ซึ่งจะต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๑ วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ประธานหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายพิจารณาสั่งการ

การเก็บรักษาความลับเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียน

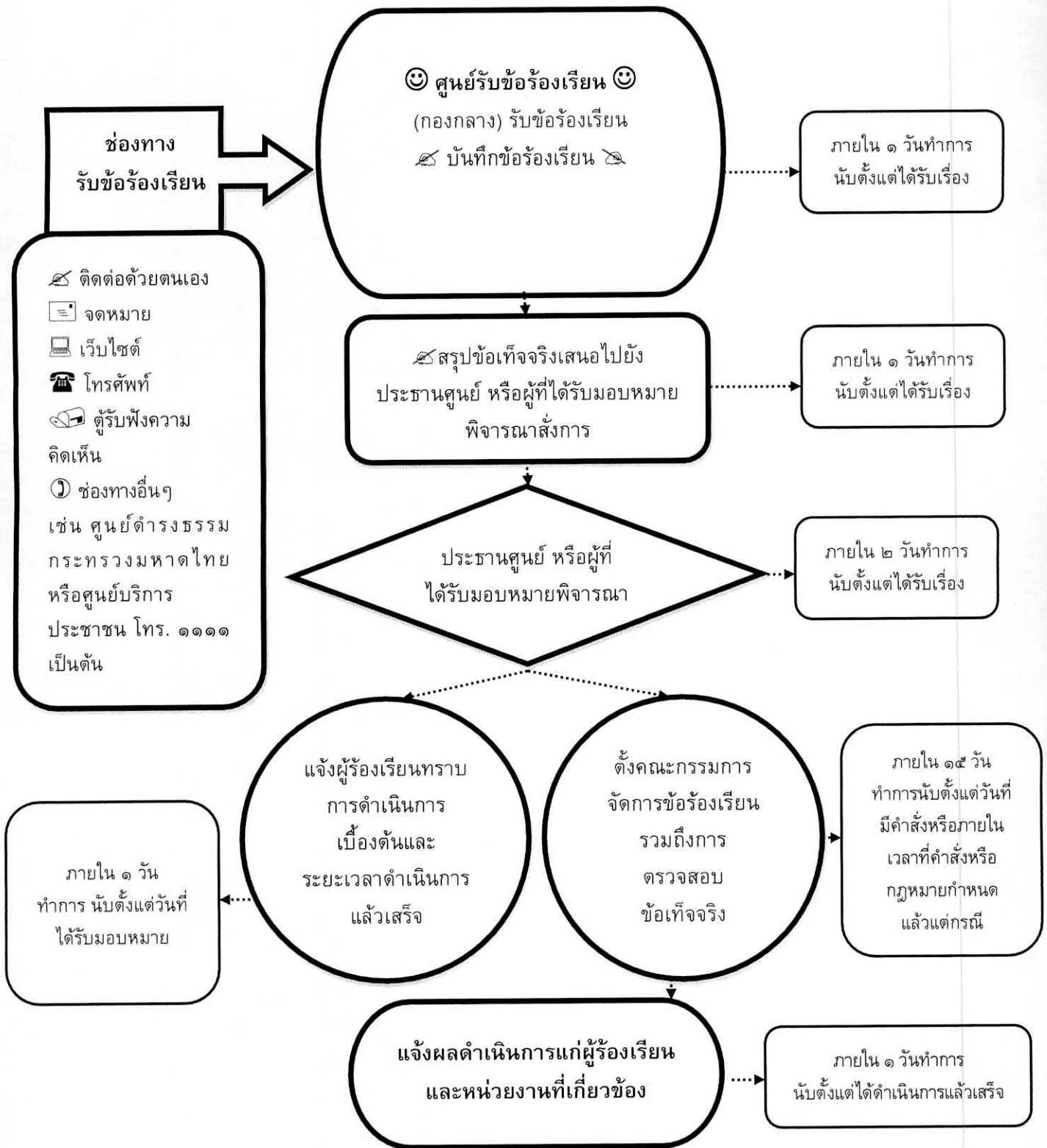
การดำเนินการจัดการข้อร้องเรียนของโรงพยาบาลวังโป่ง หากเป็นข้อมูลข่าวสารที่อาจจะก่อให้เกิดความเสียหายแก่บุคคลหนึ่งบุคคลใด จะมีการกำหนดให้เป็นชั้นความลับ ตามระเบียบว่าด้วยการรักษาความลับของทางราชการอย่างเคร่งครัด

ระบบการจัดการ การติดตามและประเมินผล

ในกรณีโรงพยาบาลวังโป่งได้รับข้อร้องเรียนที่ได้จากการปฏิบัติงานหรือให้บริการของเจ้าหน้าที่ตามช่องทางต่างๆ ต้องรีบส่งเรื่องดังกล่าวไปยังศูนย์รับข้อร้องเรียนทันที เพื่อดำเนินการตามขั้นตอน

สำหรับการติดตามและประเมินผล ได้กำหนดให้เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์รวบรวมและรายงานข้อร้องเรียน ให้ศูนย์รับข้อร้องเรียนทราบ ทุกระยะ ๓ เดือน

กระบวนการจัดการข้อร้องเรียน
ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนโรงพยาบาลวังโป่ง



😊 แบบฟอร์มแจ้งข้อร้องเรียน 😊

ของโรงพยาบาลวังโป่ง

เลขที่รับ _____
วันที่ _____

ชื่อ-สกุล ผู้รับบริการ _____

เลขบัตรประจำตัวประชาชน - □□□□ - □□□□□□ - □□ - □

ที่อยู่ตามบัตรประจำตัวประชาชน บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____

ถนน _____ แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____

โทรศัพท์เคลื่อนที่ _____ โทรสาร _____

e-mail address _____

สถานที่ติดต่อ/ให้แจ้งผล ที่อยู่ตามบัตรประจำตัวประชาชน หรือ

บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____

ถนน _____ แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____

โทรศัพท์เคลื่อนที่ _____ โทรสาร _____

e-mail address _____

รายละเอียดเป็น ข้อร้องเรียน / ข้อคิดเห็น / ข้อเสนอแนะ โดยสรุปดังนี้

คำขอที่ต้องการให้ดำเนินการ _____

ลงชื่อ _____ ผู้รับบริการ
(_____)

ผู้รับเรื่อง _____