

แบบคำร้องเรียน/ แจ้งเบาะแสการทุจริตและประพฤติมิชอบ

ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต

โรงพยาบาลปะเหลียน

อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง ๙๒๑๒๐

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง .....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปะเหลียน

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี.....บ้านเลขที่.....  
หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....  
อาชีพ..... เลขที่บัตรประชาชน..... ออกโดย.....  
วันออกบัตร..... วันหมดอายุ..... มีความประสงค์ขอร้องเรียน/  
แจ้งเบาะแสการต่อต้านการทุจริต เพื่อให้โรงพยาบาลปะเหลียน พิจารณาดำเนินการตรวจสอบหรือช่วยเหลือ  
และแก้ไขปัญหาในเรื่อง

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

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำขอร้องเรียน/ แจ้งเบาะแสการต่อต้านการทุจริต ตามข้างต้น  
เป็นจริงทุกประการ โดยข้าพเจ้าของส่งเอกสารหลักฐานประกอบการร้องเรียน/ ร้องทุกข์ (ถ้ามี) ได้แก่

- ๑.).....จำนวน.....ชุด
- ๒.).....จำนวน.....ชุด
- ๓.).....จำนวน.....ชุด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง  
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่  
(.....)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปะเหลียน

.....  
.....

ลงชื่อ.....  
(.....)

## ช่องทางการรับฟังความคิดเห็น/ เรื่องร้องเรียน

### 1. ช่องทาง เว็บไซต์โรงพยาบาลปะเหลียน

<http://www.palianhospital.go.th/new/index.php?name=contact>



### 2. ช่องทาง Facebook โรงพยาบาลปะเหลียน

<https://www.facebook.com/PalianHospitalCenter>



3.ช่องทาง ผู้รับความคิดเห็น

