

CONTROLLED COPY NO.1
แบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ/คำชื่นชมจากผู้รับบริการ
ศูนย์บริการธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา

“การร้องเรียนของผู้รับบริการไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการตรวจ หรือบริการทางห้องปฏิบัติการ
ทั้งนี้ ห้องปฏิบัติการจะนำมาเพื่อการปรับปรุงบริการ”

ข้อมูลผู้แจ้ง

☐ มีความประสงค์ขอให้ปิดชื่อ ☐ ไม่มีความประสงค์ขอให้ปิดชื่อ

ชื่อ-สกุล :

ประสงค์ให้ติดต่อกลับผ่าน :

ตำแหน่ง : หน่วยงาน :

รายละเอียด

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

ลงชื่อผู้บันทึก (กรณีบันทึกโดยบุคลากรของศูนย์บริการธาลัสซีเมีย).....

- เฉพาะเจ้าหน้าที่เท่านั้น -

ช่องทางการรับข้อมูล

☐ แจ้งโดยตรงกับบุคลากรของศูนย์บริการธาลัสซีเมีย ☐ แจ้งที่จุดรับข้อร้องเรียนโรงพยาบาล
☐ แจ้งผ่านแบบฟอร์ม ระบุ..... ☐ แจ้งทางหมายเลขโทรศัพท์
☐ แจ้งผ่าน E-mail: directoruph@gmail.com ☐ แจ้งผ่านจดหมาย

ประเภทข้อคิดเห็น

☐ ข้อร้องเรียน เลขที่
☐ ข้อเสนอแนะ
☐ คำชื่นชม

เอกสารแนบ (ถ้ามี)

.....

สำหรับผู้จัดการคุณภาพ

มอบหมายให้ เป็นผู้แก้ไขให้แล้วเสร็จภายในวันที่.....

ลงผู้รับมอบ วันที่ ลงชื่อผู้จัดการคุณภาพ..... วันที่.....

สำหรับผู้รับผิดชอบ (กรณีข้อร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ)

ปฏิบัติการแก้ไข / ป้องกัน

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

ผู้รับผิดชอบ..... วันที่.....

พิจารณาผลการแก้ไข

☐ เห็นชอบ
☐ ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก

ผู้จัดการคุณภาพ..... วันที่.....

การรายงานผลการดำเนินการแก้ไขและป้องกันต่อผู้บังคับบัญชา

.....
.....

ผู้จัดการคุณภาพ..... วันที่.....