****

เลขที่รับ .....................................

วันที่ ...........................................

เวลา ...........................................

**ช่องทางร้องเรียน ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น และคำชมเชย**

**โรงพยาบาลสามโคก**

**1.ข้อมูลผู้แจ้ง**

**□** ข้อร้องเรียน **□** ข้อเสนอแนะ □ ข้อคิดเห็น □ คำชมเชย

 □ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

 □ ผู้ป่วย/ ผู้มาใช้บริการ

 □ ญาติผู้ป่วย

 □ อื่นๆ (ระบุ) .................................................................

**2.ข้อมูลทั่วไป (ไม่บังคับ)**

ชื่อ................................................สกุล..............................................

เบอร์โทรศัพท์.....................…........วันที่แจ้งเรื่อง.................................

*(เพื่อประโยชน์ในการตอบกลับเรื่องร้องเรียน กรุณาระบุเบอร์โทรศัพท์ของท่าน)*

**3.รายละเอียด**

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

ขอบคุณค่ะ/ ครับ ☺

****

เลขที่รับ .....................................

วันที่ ...........................................

เวลา ...........................................

**ช่องทางร้องเรียน ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น และคำชมเชย**

**โรงพยาบาลสามโคก**

**1.ข้อมูลผู้แจ้ง**

**□** ข้อร้องเรียน **□** ข้อเสนอแนะ □ ข้อคิดเห็น □ คำชมเชย

 □ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

 □ ผู้ป่วย/ ผู้มาใช้บริการ

 □ ญาติผู้ป่วย

 □ อื่นๆ (ระบุ) .................................................................

**2.ข้อมูลทั่วไป (ไม่บังคับ)**

ชื่อ................................................สกุล..............................................

เบอร์โทรศัพท์.....................…........วันที่แจ้งเรื่อง.................................

*(เพื่อประโยชน์ในการตอบกลับเรื่องร้องเรียน กรุณาระบุเบอร์โทรศัพท์ของท่าน)*

**3.รายละเอียด**

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

ขอบคุณค่ะ/ ครับ ☺