สำนักยาและวัตถุเสพติด (Bureau of Drug and Narcotic) WS 2200008/1, Rev.10

แบบคำร้องและแก้ไข	สำหรับเจ้าหน้าที่ เลขที่คำร้อง……..……....……
	ประเภท : [ ] ข้อร้องเรียน [ ] ข้อร้องขอ

ชื่อผู้ร้องเรียน/ร้องขอ……..…….....วัน/เดือน/ปี ……..…..……..……..

ชื่อหน่วยงาน…….....…….....…….……...

โทรศัพท์…….……....….. E-mail…...……..……...

คำร้องเรียน/ร้องขอ..……..……...

……..…….…….……

……..…….....

ลงชื่อ ผู้ร้องเรียน/ร้องขอ (กรณีมาด้วยตนเอง) : ….....(.....) วันที่ : …….....

<u>รับเรื่องทาง</u> [ ] มาด้วยตนเอง [ ] โทรศัพท์ [ ] โทรสาร [ ] e-mail [ ] อื่นๆ.....

ผู้รับข้อร้องเรียน/ร้องขอ : ……..….....(.....) วันที่ : …….....

พิจารณาข้อร้องเรียน/ร้องขอ [ ] รับ [ ] ไม่รับ เหตุผล.....

มอบหมายผู้รับผิดชอบ.....

ผู้จัดการคุณภาพ/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย : …..….....(.....) วันที่ : ……

กรณี<u>ไม่รับ</u>ข้อร้องเรียน/ร้องขอ แจ้งกลับผู้ร้องเรียน/ร้องขอทาง.....วันที่ : ……

ผู้รับผิดชอบ : …..….....(.....)

สาเหตุและการดำเนินการแก้ไข

สาเหตุ / ข้อพิจารณา……..……..……

……..……...

……..……...

……..…….....

.....

ปฏิบัติการแก้ไข / ป้องกัน……..……..…..……..……...

……..……..……

……..……..……

……..…….……..

.....

ผู้รับผิดชอบ : …..….....(.....) วันที่ : ……

สรุปผลการตรวจสอบ/พิจารณา [ ] เห็นชอบ [ ] ไม่เห็นชอบ เหตุผล …...……..……..……....

หัวหน้ากลุ่ม/ศูนย์/ฝ่าย : …..….....(.....) วันที่ : ……

[ ] ยอมรับ [ ] ไม่ยอมรับ เนื่องจาก.....

ผู้จัดการคุณภาพ : …..….....(.....) วันที่ : ……

ผู้อำนวยการสำนักฯ : …..….....(.....) วันที่ : ……

แจ้งกลับผลการดำเนินการข้อร้องเรียน/ร้องขอทาง.....วันที่ : …….....…..…

ผู้รับผิดชอบ : …..….....(.....)