

แบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียนของหน่วยงาน :.....ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา.....ปีงบประมาณ 2562

ลำดับ	วัน เดือน ปี ที่รับ ข้อร้องเรียน	ช่องทางการ ร้องเรียน	ชื่อ/ที่อยู่/โทรศัพท์ ของผู้ร้องเรียน	รายละเอียดข้อร้องเรียน	ประเภท ข้อร้องเรียน	ระดับข้อร้องเรียน	แจ้งผลการตรวจสอบ/ ความคืบหน้าของการ ดำเนินการให้ ผู้ร้องเรียนทราบ	ผลการตอบสนอง ต่อข้อร้องเรียน	ปัญหาและข้อเสนอแนะ แนวทางการแก้ไขปัญหา จากการร้องเรียนเรื่องนี้
01	15 ตุลาคม 61	☐ โทรศัพท์ ☐ โทรสาร ☐ ร้องเรียนกับ เจ้าหน้าที่ ☒ กล้องรับเรื่อง ร้องเรียน ☐ หนังสือ/ จดหมาย ☐ อีเมลล์ ☐ เว็บบอร์ด ☐ เว็บไซต์ ☐ อื่น ๆ (ระบุ)	นางณัฐฉา นนานารณการ ต.สูงเนิน อ.เมือง จ.นครราชสีมา	ควรตรวจสอบเอกสารการเงินให้ เรียบร้อยเพื่อให้ผู้รับบริการไม่ต้อง เสียเวลามาหลายรอบ	☐ การทุจริต ☐ การปฏิบัติหรือละ เว้นการปฏิบัติหน้าที่ โดยมิชอบ ☐ การไม่ปฏิบัติตาม จรรยาบรรณการกรม อนามัย เช่น จนท. บริการไม่ดี ใช้วาจาไม่ สุภาพ ฯลฯ ☐ การฝ่าฝืนประมวล จริยธรรม ขรก. พล เรือน ☐ เหตุเดือดร้อน รำคาญ ☐ ละเมิดสิทธิตาม ตามกฎหมาย(พรบ.สธ.) ☐ การปฏิบัติไม่ ถูกต้องตามหลัก สุขาภิบาลอาหารและ น้ำก่อให้เกิดความ เจ็บป่วย ☒ อื่นๆ.....	☐ ระดับ 1 ประสานงานหน่วยงาน อื่นดำเนินการแก้ไข ☒ ระดับ 2 ข้อร้องเรียนเล็ก (หน่วยงานแก้ไขปัญหา เองได้) ☐ ระดับ 3 ข้อร้องเรียนใหญ่ (ให้ระดับกรมเป็นผู้ พิจารณาแก้ไขปัญหา) ☐ ระดับ 4 ข้อร้องเรียนที่มี ผู้เสียหายกล่าวโทษ มีความสำคัญ เร่งด่วน และอยู่ในอำนาจของ รพว.สธ.	☒ ภายใน ๑๕ วัน นับจากวันที่รับเรื่อง ☐ เกิน ๑๕ วัน นับจากวันที่รับเรื่อง (ระบุสาเหตุ) ☐ ไม่สามารถแจ้งได้ เนื่องจากผู้ร้องเรียนไม่ ระบุที่อยู่หรือระบุไม่ ชัดเจน ☐ ไม่สามารถแจ้งได้ เนื่องจากผู้ร้องเรียนไม่ ระบุที่อยู่หรือระบุไม่ ชัดเจน แต่แจ้งผ่านสื่อ สาธารณะแล้ว ☐ อื่นๆ	☐ อยู่ระหว่างการ ตรวจสอบข้อเท็จจริง ☐ ตรวจสอบแล้วพบว่า ไม่มีมูล ☐ อยู่ระหว่างพิจารณา บทลงโทษ ☐ มีผลลงโทษแล้ว (ระบุ โทษ) ☒ ดำเนินการแก้ไข/ ประสานเรียบร้อยแล้ว ☐ อื่นๆ	จัดระบบบริการโดย 1.ระบบการตรวจสอบในแต่ละ ขั้นตอน 2.ระบบการตรวจสอบ รายวัน 3.ระบบ Visit slip ที่เกิด ความซ้ำซ้อน

ผู้รายงาน.....นางกรภัทร ขอมตะคุ..... ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....สังกัด.....ศูนย์อนามัยที่ 9...โทรศัพท์.....044 – 305134 ต่อ120...โทรสาร...044-291506...อีเมลล์...data_mch14@hotmail.com.....

แบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียนของหน่วยงาน :.....ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา.....ปีงบประมาณ 2562

ลำดับ	วัน เดือน ปี ที่รับ ข้อร้องเรียน	ช่องทางการ ร้องเรียน	ชื่อ/ที่อยู่/โทรศัพท์ ของผู้ร้องเรียน	รายละเอียดข้อร้องเรียน	ประเภท ข้อร้องเรียน	ระดับข้อร้องเรียน	แจ้งผลการตรวจสอบ/ ความคืบหน้าของการ ดำเนินการให้ ผู้ร้องเรียนทราบ	ผลการตอบสนอง ต่อข้อร้องเรียน	ปัญหาและข้อเสนอแนะ แนวทางการแก้ไขปัญหา จากการร้องเรียนเรื่องนี้
02	24 พฤศจิกายน 61	☐ โทรศัพท์ ☐ โทรสาร ☐ ร้องเรียนกับ เจ้าหน้าที่ ☒ กล้องรับเรื่อง ร้องเรียน ☐ หนังสือ/ จดหมาย ☐ อีเมลล์ ☐ เว็บบอร์ด ☐ เว็บไซต์ ☐ อื่น ๆ (ระบุ)	นางพวง มุ่งกลาง 31/2 ม.2 ต.บ้าน ปรางค์ อ.คง จ. นครราชสีมา	หมอมารตรวจคนไข้เข้ามาถึงเกือบ 4 โมงเช้า คนไข้มารอตั้งแต่ 7.30 น.	☐ การทุจริต ☐ การปฏิบัติหรือละ เว้นการปฏิบัติหน้าที่ โดยมิชอบ ☐ การไม่ปฏิบัติตาม จรรยาข้าราชการกรม อนามัย เช่น จนท. บริการไม่ดี ใช้วาจาไม่ สุภาพ ฯลฯ ☐ การฝ่าฝืนประมวล จริยธรรม ขรก. พล เรือน ☐ เหตุเดือดร้อน รำคาญ ☐ ละเมิดสิทธิตาม ตามกฎหมาย(พรบ.สธ.) ☐ การปฏิบัติไม่ ถูกต้องตามหลัก สุขาภิบาลอาหารและ น้ำก่อให้เกิดความ เจ็บป่วย ☒ อื่นๆ.....	☐ ระดับ 1 ประสานงานหน่วยงาน อื่นดำเนินการแก้ไข ☐ ระดับ 2 ข้อร้องเรียนเล็ก (หน่วยงานแก้ไขปัญหา เองได้) ☐ ระดับ 3 ข้อร้องเรียนใหญ่ (ให้ระดับกรมเป็นผู้ พิจารณาแก้ไขปัญหา) ☐ ระดับ 4 ข้อร้องเรียนที่มี ผู้เสียหายกล่าวโทษ มีความสำคัญ แรงดัน และอยู่ในอำนาจของ รพว.สธ.	☒ ภายใน ๑๕ วัน นับจากวันที่รับเรื่อง ☐ เกิน ๑๕ วัน นับจากวันที่รับเรื่อง (ระบุสาเหตุ) ☐ ไม่สามารถแจ้งได้ เนื่องจากผู้ร้องเรียนไม่ ระบุที่อยู่หรือระบุไม่ ชัดเจน ☐ ไม่สามารถแจ้งได้ เนื่องจากผู้ร้องเรียนไม่ ระบุที่อยู่หรือระบุไม่ ชัดเจน แต่แจ้งผ่านสื่อ สาธารณะแล้ว ☐ อื่นๆ	☐ อยู่ระหว่างการ ตรวจสอบข้อเท็จจริง ☐ ตรวจสอบแล้วพบว่า ไม่มีมูล ☐ อยู่ระหว่างพิจารณา บทลงโทษ ☐ มีผลลงโทษแล้ว (ระบุ โทษ) ☒ ดำเนินการแก้ไข/ ประสานเรียบร้อยแล้ว ☐ อื่นๆ	ประสานองค์กรแพทย์

ผู้รายงาน.....นางกรภัทร ขอมตะคุ..... ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....สังกัด.....ศูนย์อนามัยที่ 9.....โทรศัพท์.....044 - 305134 ต่อ120.....โทรสาร...044-291506...อีเมลล์...data_mch14@hotmail.com.....

แบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียนของหน่วยงาน :.....ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา.....ปีงบประมาณ 2562

ลำดับ	วัน เดือน ปี ที่รับ ข้อร้องเรียน	ช่องทางการ ร้องเรียน	ชื่อ/ที่อยู่/โทรศัพท์ ของผู้ร้องเรียน	รายละเอียดข้อร้องเรียน	ประเภท ข้อร้องเรียน	ระดับข้อร้องเรียน	แจ้งผลการตรวจสอบ/ ความคืบหน้าของการ ดำเนินการให้ ผู้ร้องเรียนทราบ	ผลการตอบสนอง ต่อข้อร้องเรียน	ปัญหาและข้อเสนอแนะ แนวทางการแก้ไขปัญหา จากการร้องเรียนเรื่องนี้
03	21 กุมภาพันธ์ 62	☐ โทรศัพท์ ☐ โทรสาร ☐ ร้องเรียนกับ เจ้าหน้าที่ ☒ / กล่องรับ เรื่อง ร้องเรียน ☐ หนังสือ/ จดหมาย ☐ อีเมลล์ ☐ เว็บไซต์ ☐ อื่น ๆ (ระบุ)	ไกรณกุล มงคล 611/12 ม.7 ต.ท่า อ่าง อ.โชคชัย จ. นครราชสีมา 081-8790526	ที่จอดรถยนต์ควรติดป้าย “จอด รถยนต์กรุณาดับเครื่อง” เพื่อ 1.ลดโลกร้อน 2.ลดมลภาวะ 3.เพื่อสุขภาพโดยรวม	☐ การทุจริต ☐ การปฏิบัติหรือละ เว้นการปฏิบัติหน้าที่ โดยมิชอบ ☐ การไม่ปฏิบัติตาม จรรยาบรรณการกรม อนามัย เช่น จนท. บริการไม่ดี ใช้วาจาไม่ สุภาพ ฯลฯ ☐ การฝ่าฝืนประมวล จริยธรรม ขรก. พล เรือน ☐ เหตุเดือดร้อน รำคาญ ☐ ละเมิดสิทธิตาม ตามกฎหมาย(พรบ.สธ.) ☐ การปฏิบัติไม่ ถูกต้องตามหลัก สุขาภิบาลอาหารและ น้ำก่อให้เกิดความ เจ็บป่วย ☒ อื่นๆ.....	☐ ระดับ 1 ประสานงานหน่วยงาน อื่นดำเนินการแก้ไข ☒ ระดับ 2 ข้อร้องเรียนเล็ก (หน่วยงานแก้ไขปัญหา เองได้) ☐ ระดับ 3 ข้อร้องเรียนใหญ่ (ให้ระดับกรมเป็นผู้ พิจารณาแก้ไขปัญหา) ☐ ระดับ 4 ข้อร้องเรียนที่มี ผู้เสียหายกล่าวโทษ มีความสำคัญ เร่งด่วน และอยู่ในอำนาจของ รพว.สธ.	☒ ภายใน ๑๕ วัน นับจากวันที่รับเรื่อง ☐ เกิน ๑๕ วัน นับจากวันที่รับเรื่อง (ระบุสาเหตุ) ☐ ไม่สามารถแจ้งได้ เนื่องจากผู้ร้องเรียนไม่ ระบุที่อยู่หรือระบุไม่ ชัดเจน ☐ ไม่สามารถแจ้งได้ เนื่องจากผู้ร้องเรียนไม่ ระบุที่อยู่หรือระบุไม่ ชัดเจน แต่แจ้งผ่านสื่อ สาธารณะแล้ว ☐ อื่นๆ	☐ อยู่ระหว่างการ ตรวจสอบข้อเท็จจริง ☐ ตรวจสอบแล้วพบว่า ไม่มีมูล ☐ อยู่ระหว่างพิจารณา บทลงโทษ ☐ มีผลลงโทษแล้ว (ระบุ โทษ) ☒ ดำเนินการแก้ไข/ ประสานเรียบร้อยแล้ว ☐ อื่นๆ	จัดทำป้ายเตือน

ผู้รายงาน.....นางกรภัทร ขอมตะคุ..... ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....สังกัด.....ศูนย์อนามัยที่ 9...โทรศัพท์.....044 – 305134 ต่อ120....โทรสาร...044-291506...อีเมลล์...data_mch14@hotmail.com.....

แบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียนของหน่วยงาน :.....ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา.....ปีงบประมาณ 2562

ลำดับ	วัน เดือน ปี ที่รับ ข้อร้องเรียน	ช่องทางการ ร้องเรียน	ชื่อ/ที่อยู่/โทรศัพท์ ของผู้ร้องเรียน	รายละเอียดข้อร้องเรียน	ประเภท ข้อร้องเรียน	ระดับข้อร้องเรียน	แจ้งผลการตรวจสอบ/ ความคืบหน้าของการ ดำเนินการให้ ผู้ร้องเรียนทราบ	ผลการตอบสนอง ต่อข้อร้องเรียน	ปัญหาและข้อเสนอแนะ แนวทางการแก้ไขปัญหา จากการร้องเรียนเรื่องนี้
04	16 มกราคม 62	☐ โทรศัพท์ ☐ โทรสาร ☐ ร้องเรียนกับ เจ้าหน้าที่ ☒ / กล่องรับ เรื่อง ร้องเรียน ☐ หนังสือ/ จดหมาย ☐ อีเมลล์ ☐ เว็บไซต์ ☐ เว็บไซต์ ☐ อื่น ๆ (ระบุ)	-	จนท.ห้องการเงินบริการด้วยน้ำเสียง ไม่พอใจผู้ป่วย	☐ การทุจริต ☐ การปฏิบัติหรือละ เว้นการปฏิบัติหน้าที่ โดยมิชอบ ☐ การไม่ปฏิบัติตาม จรรยาบรรณการกรร มอนามัย เช่น จนท. บริการไม่ดี ใช้วาจาไม่ สุภาพ ฯลฯ ☐ การฝ่าฝืนประมวล จริยธรรม ชรก. พล เรือน ☐ เหตุเดือดร้อน รำคาญ ☐ ละเมิดสิทธิตาม ตามกฎหมาย(พรบ.สธ.) ☐ การปฏิบัติไม่ ถูกต้องตามหลัก สุขาภิบาลอาหารและ น้ำก่อให้เกิดความ เจ็บป่วย ☒ อื่นๆ.....	☐ ระดับ 1 ประสานงานหน่วยงาน อื่นดำเนินการแก้ไข ☒ ระดับ 2 ข้อร้องเรียนเล็ก (หน่วยงานแก้ไขปัญหา เองได้) ☐ ระดับ 3 ข้อร้องเรียนใหญ่ (ให้ระดับกรมเป็นผู้ พิจารณาแก้ไขปัญหา) ☐ ระดับ 4 ข้อร้องเรียนที่มี ผู้เสียหายกล่าวโทษ มีความสำคัญเร่งด่วน และอยู่ในอำนาจของ รพว.สธ.	☐ ภายใน ๑๕ วัน นับจากวันที่รับเรื่อง ☐ เกิน ๑๕ วัน นับจากวันที่รับเรื่อง (ระบุสาเหตุ) ☒ ไม่สามารถแจ้งได้ เนื่องจากผู้ร้องเรียนไม่ ระบุที่อยู่หรือระบุไม่ ชัดเจน ☐ ไม่สามารถแจ้งได้ เนื่องจากผู้ร้องเรียนไม่ ระบุที่อยู่หรือระบุไม่ ชัดเจน แต่แจ้งผ่านสื่อ สาธารณะแล้ว ☐ อื่นๆ	☐ อยู่ระหว่างการ ตรวจสอบข้อเท็จจริง ☐ ตรวจสอบแล้วพบว่า ไม่มีมูล ☐ อยู่ระหว่างพิจารณา บทลงโทษ ☐ มีผลลงโทษแล้ว (ระบุ โทษ) ☒ ดำเนินการแก้ไข/ ประสานเรียบร้อยแล้ว ☐ อื่นๆ	แจ้งผู้เกี่ยวข้อง

ผู้รายงาน.....นางรภัทร ขอมตะคุ..... ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....สังกัด.....ศูนย์อนามัยที่ 9...โทรศัพท์.....044 – 305134 ต่อ120....โทรสาร...044-291506...อีเมลล์...data_mch14@hotmail.com.....

แบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียนของหน่วยงาน :.....ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา.....ปีงบประมาณ 2562

ลำดับ	วัน เดือน ปี ที่รับ ข้อร้องเรียน	ช่องทางการ ร้องเรียน	ชื่อ/ที่อยู่/โทรศัพท์ ของผู้ร้องเรียน	รายละเอียดข้อร้องเรียน	ประเภท ข้อร้องเรียน	ระดับข้อร้องเรียน	แจ้งผลการตรวจสอบ/ ความคืบหน้าของการ ดำเนินการให้ ผู้ร้องเรียนทราบ	ผลการตอบสนอง ต่อข้อร้องเรียน	ปัญหาและข้อเสนอแนะ แนวทางการแก้ไขปัญหา จากการร้องเรียนเรื่องนี้
05	5 มีนาคม 62	☐ โทรศัพท์ ☐ โทรสาร ☐ ร้องเรียนกับ เจ้าหน้าที่ ☒ / กล่องรับ เรื่อง ร้องเรียน ☐ หนังสือ/ จดหมาย ☐ อีเมลล์ ☐ เว็บไซต์ ☐ เว็บไซต์ ☐ อื่น ๆ (ระบุ)	-	เจ้าหน้าที่คลีนิกส่งเสริมสุขภาพมา ทำงานสาย	☐ การทุจริต ☐ การปฏิบัติหรือละ เว้นการปฏิบัติหน้าที่ โดยมิชอบ ☐ การไม่ปฏิบัติตาม จรรยาข้าราชการกรม อนามัย เช่น จนท. บริการไม่ดี ใช้วาจาไม่ สุภาพ ฯลฯ ☐ การฝ่าฝืนประมวล จริยธรรม ขรก. พล เรือน ☐ เหตุเดือดร้อน รำคาญ ☐ ละเมิดสิทธิตาม ตามกฎหมาย(พรบ.สธ.) ☐ การปฏิบัติไม่ ถูกต้องตามหลัก สุขาภิบาลอาหารและ น้ำก่อให้เกิดความ เจ็บป่วย ☒ อื่นๆ.....	☐ ระดับ 1 ประสานงานหน่วยงาน อื่นดำเนินการแก้ไข ☒ ระดับ 2 ข้อร้องเรียนเล็ก (หน่วยงานแก้ไขปัญหา เองได้) ☐ ระดับ 3 ข้อร้องเรียนใหญ่ (ให้ระดับกรมเป็นผู้ พิจารณาแก้ไขปัญหา) ☐ ระดับ 4 ข้อร้องเรียนที่มี ผู้เสียหายกล่าวโทษ มีความสำคัญ เร่งด่วน และอยู่ในอำนาจของ รพว.สธ.	☐ ภายใน ๑๕ วัน นับจากวันที่รับเรื่อง ☐ เกิน ๑๕ วัน นับจากวันที่รับเรื่อง (ระบุสาเหตุ) ☒ ไม่สามารถแจ้งได้ เนื่องจากผู้ร้องเรียนไม่ ระบุที่อยู่หรือระบุไม่ ชัดเจน ☐ ไม่สามารถแจ้งได้ เนื่องจากผู้ร้องเรียนไม่ ระบุที่อยู่หรือระบุไม่ ชัดเจน แต่แจ้งผ่านสื่อ สาธารณะแล้ว ☐ อื่นๆ	☐ อยู่ระหว่างการ ตรวจสอบข้อเท็จจริง ☐ ตรวจสอบแล้วพบว่า ไม่มีมูล ☐ อยู่ระหว่างพิจารณา บทลงโทษ ☐ มีผลลงโทษแล้ว (ระบุ โทษ) ☒ ดำเนินการแก้ไข/ ประสานเรียบร้อยแล้ว ☐ อื่นๆ	แจ้งผู้เกี่ยวข้อง

ผู้รายงาน.....นางรภัทร ขอมตะคุ..... ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....สังกัด.....ศูนย์อนามัยที่ 9...โทรศัพท์.....044 – 305134 ต่อ120....โทรสาร...044-291506...อีเมลล์...data_mch14@hotmail.com.....

แบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียนของหน่วยงาน :.....ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา.....ปีงบประมาณ 2562

ลำดับ	วัน เดือน ปี ที่รับ ข้อร้องเรียน	ช่องทางการ ร้องเรียน	ชื่อ/ที่อยู่/โทรศัพท์ ของผู้ร้องเรียน	รายละเอียดข้อร้องเรียน	ประเภท ข้อร้องเรียน	ระดับข้อร้องเรียน	แจ้งผลการตรวจสอบ/ ความคืบหน้าของการ ดำเนินการให้ ผู้ร้องเรียนทราบ	ผลการตอบสนอง ต่อข้อร้องเรียน	ปัญหาและข้อเสนอแนะ แนวทางการแก้ไขปัญหา จากการร้องเรียนเรื่องนี้
06	12 เมษายน 62	☐ โทรศัพท์ ☐ โทรสาร ☐ ร้องเรียนกับ เจ้าหน้าที่ ☒ / กล่องรับ เรื่อง ร้องเรียน ☐ หนังสือ/ จดหมาย ☐ อีเมลล์ ☐ เว็บไซต์ ☐ เว็บไซต์ ☐ อื่น ๆ (ระบุ)	061-0715945	รพแพทย์เวรนาน	☐ การทุจริต ☐ การปฏิบัติหรือละ เว้นการปฏิบัติหน้าที่ โดยมิชอบ ☐ การไม่ปฏิบัติตาม จรรยาข้าราชการกรม อนามัย เช่น จนท. บริการไม่ดี ใช้วาจาไม่ สุภาพ ฯลฯ ☐ การฝ่าฝืนประมวล จริยธรรม ขรก. พล เรือน ☐ เหตุเดือดร้อน รำคาญ ☐ ละเมิดสิทธิตาม ตามกฎหมาย(พรบ.สธ.) ☐ การปฏิบัติไม่ ถูกต้องตามหลัก สุขาภิบาลอาหารและ น้ำก่อให้เกิดความ เจ็บป่วย ☒ อื่นๆ.....	☐ ระดับ 1 ประสานงานหน่วยงาน อื่นดำเนินการแก้ไข ☒ ระดับ 2 ข้อร้องเรียนเล็ก (หน่วยงานแก้ไขปัญหา เองได้) ☐ ระดับ 3 ข้อร้องเรียนใหญ่ (ให้ระดับกรมเป็นผู้ พิจารณาแก้ไขปัญหา) ☐ ระดับ 4 ข้อร้องเรียนที่มี ผู้เสียหายกล่าวโทษ มีความสำคัญ เร่งด่วน และอยู่ในอำนาจของ รพมว.สธ.	☐ ภายใน ๑๕ วัน นับจากวันที่รับเรื่อง ☐ เกิน ๑๕ วัน นับจากวันที่รับเรื่อง (ระบุสาเหตุ) ☒ ไม่สามารถแจ้งได้ เนื่องจากผู้ร้องเรียนไม่ ระบุที่อยู่หรือระบุไม่ ชัดเจน ☐ ไม่สามารถแจ้งได้ เนื่องจากผู้ร้องเรียนไม่ ระบุที่อยู่หรือระบุไม่ ชัดเจน แต่แจ้งผ่านสื่อ สาธารณะแล้ว ☐ อื่นๆ	☐ อยู่ระหว่างการ ตรวจสอบข้อเท็จจริง ☐ ตรวจสอบแล้วพบว่า ไม่มีมูล ☐ อยู่ระหว่างพิจารณา บทลงโทษ ☐ มีผลลงโทษแล้ว (ระบุ โทษ) ☒ ดำเนินการแก้ไข/ ประสานเรียบร้อยแล้ว ☐ อื่นๆ	แจ้งองค์กรแพทย์

ผู้รายงาน.....นางภรภัทร ขอมตะคุ..... ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ....สังกัด.....ศูนย์อนามัยที่ 9...โทรศัพท์.....044 – 305134 ต่อ120...โทรสาร...044-291506...อีเมลล์...data_mch14@hotmail.com.....

แบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียนของหน่วยงาน :.....ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา.....ปีงบประมาณ 2562

ลำดับ	วัน เดือน ปี ที่รับ ข้อร้องเรียน	ช่องทางการ ร้องเรียน	ชื่อ/ที่อยู่/โทรศัพท์ ของผู้ร้องเรียน	รายละเอียดข้อร้องเรียน	ประเภท ข้อร้องเรียน	ระดับข้อร้องเรียน	แจ้งผลการตรวจสอบ/ ความคืบหน้าของการ ดำเนินการให้ ผู้ร้องเรียนทราบ	ผลการตอบสนอง ต่อข้อร้องเรียน	ปัญหาและข้อเสนอแนะ แนวทางการแก้ไขปัญหา จากการร้องเรียนเรื่องนี้
07	28 เมษายน 62	☐ โทรศัพท์ ☐ โทรสาร ☐ ร้องเรียนกับ เจ้าหน้าที่ ☒ / กล่องรับ เรื่อง ร้องเรียน ☐ หนังสือ/ จดหมาย ☐ อีเมลล์ ☐ เว็บไซต์ ☐ เว็บไซต์ ☐ อื่น ๆ (ระบุ)	นายกิตติพร บุญนำ 26 ม.4 ต.โป่งแดง อ.ขามทะเลสอ จ. นครราชสีมา 082-1441507	รอแพทย์เวรนาน	☐ การทุจริต ☐ การปฏิบัติหรือละ เว้นการปฏิบัติหน้าที่ โดยมิชอบ ☐ การไม่ปฏิบัติตาม จรรยาบรรณาการกรม อนามัย เช่น จนท. บริการไม่ดี ใช้วาจาไม่ สุภาพ ฯลฯ ☐ การฝ่าฝืนประมวล จริยธรรม ขรก. พล เรือน ☐ เหตุเดือดร้อน รำคาญ ☐ ละเมิดสิทธิตาม ตามกฎหมาย(พรบ.สธ.) ☐ การปฏิบัติไม่ ถูกต้องตามหลัก สุขาภิบาลอาหารและ น้ำก่อให้เกิดความ เจ็บป่วย ☒ อื่นๆ.....	☐ ระดับ 1 ประสานงานหน่วยงาน อื่นดำเนินการแก้ไข ☒ ระดับ 2 ข้อร้องเรียนเล็ก (หน่วยงานแก้ไขปัญหา เองได้) ☐ ระดับ 3 ข้อร้องเรียนใหญ่ (ให้ระดับกรมเป็นผู้ พิจารณาแก้ไขปัญหา) ☐ ระดับ 4 ข้อร้องเรียนที่มี ผู้เสียหายกล่าวโทษ มีความสำคัญ เร่งด่วน และอยู่ในอำนาจของ รพว.สธ.	☐ ภายใน ๑๕ วัน นับจากวันที่รับเรื่อง ☐ เกิน ๑๕ วัน นับจากวันที่รับเรื่อง (ระบุสาเหตุ) ☒ ไม่สามารถแจ้งได้ เนื่องจากผู้ร้องเรียนไม่ ระบุที่อยู่หรือระบุไม่ ชัดเจน ☐ ไม่สามารถแจ้งได้ เนื่องจากผู้ร้องเรียนไม่ ระบุที่อยู่หรือระบุไม่ ชัดเจน แต่แจ้งผ่านสื่อ สาธารณะแล้ว ☐ อื่นๆ	☐ อยู่ระหว่างการ ตรวจสอบข้อเท็จจริง ☐ ตรวจสอบแล้วพบว่า ไม่มีมูล ☐ อยู่ระหว่างพิจารณา บทลงโทษ ☐ มีผลลงโทษแล้ว (ระบุ โทษ) ☒ ดำเนินการแก้ไข/ ประสานเรียบร้อยแล้ว ☐ อื่นๆ	แจ้งองค์กรแพทย์

ผู้รายงาน.....นางภรภัทร ขอมตะคุ..... ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ....สังกัด.....ศูนย์อนามัยที่ 9...โทรศัพท์.....044 – 305134 ต่อ120...โทรสาร...044-291506...อีเมลล์...data_mch14@hotmail.com.....

แบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียนของหน่วยงาน :.....ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา.....ปีงบประมาณ 2562

ลำดับ	วัน เดือน ปี ที่รับ ข้อร้องเรียน	ช่องทางการ ร้องเรียน	ชื่อ/ที่อยู่/โทรศัพท์ ของผู้ร้องเรียน	รายละเอียดข้อร้องเรียน	ประเภท ข้อร้องเรียน	ระดับข้อร้องเรียน	แจ้งผลการตรวจสอบ/ ความคืบหน้าของการ ดำเนินการให้ ผู้ร้องเรียนทราบ	ผลการตอบสนอง ต่อข้อร้องเรียน	ปัญหาและข้อเสนอแนะ แนวทางการแก้ไขปัญหา จากการร้องเรียนเรื่องนี้
08	28 เมษายน 62	☐ โทรศัพท์ ☐ โทรสาร ☐ ร้องเรียนกับ เจ้าหน้าที่ ☒ / กล่องรับ เรื่อง ร้องเรียน ☐ หนังสือ/ จดหมาย ☐ อีเมลล์ ☐ เว็บไซต์ ☐ เว็บไซต์ ☐ อื่น ๆ (ระบุ)	วสุชาติ รัชชศิริ 351/136 ถ.มิตรภาพ ต.ในเมือง อ.เมือง จ. นครราชสีมา	รอแพทย์เวรนาน	☐ การทุจริต ☐ การปฏิบัติหรือละ เว้นการปฏิบัติหน้าที่ โดยมิชอบ ☐ การไม่ปฏิบัติตาม จรรยาบรรณการกรร มอนามัย เช่น จนท. บริการไม่ดี ใช้วาจาไม่ สุภาพ ฯลฯ ☐ การฝ่าฝืนประมวล จริยธรรม ขรก. พล เรือน ☐ เหตุเดือดร้อน รำคาญ ☐ ละเมิดสิทธิตาม ตามกฎหมาย(พรบ.สธ.) ☐ การปฏิบัติไม่ ถูกต้องตามหลัก สุขาภิบาลอาหารและ น้ำก่อให้เกิดความ เจ็บป่วย ☒ อื่นๆ.....	☐ ระดับ 1 ประสานงานหน่วยงาน อื่นดำเนินการแก้ไข ☒ ระดับ 2 ข้อร้องเรียนเล็ก (หน่วยงานแก้ไขปัญหา เองได้) ☐ ระดับ 3 ข้อร้องเรียนใหญ่ (ให้ระดับกรมเป็นผู้ พิจารณาแก้ไขปัญหา) ☐ ระดับ 4 ข้อร้องเรียนที่มี ผู้เสียหายกล่าวโทษ มีความสำคัญ เร่งด่วน และอยู่ในอำนาจของ รพว.สธ.	☐ ภายใน ๑๕ วัน นับจากวันที่รับเรื่อง ☐ เกิน ๑๕ วัน นับจากวันที่รับเรื่อง (ระบุสาเหตุ) ☒ ไม่สามารถแจ้งได้ เนื่องจากผู้ร้องเรียนไม่ ระบุที่อยู่หรือระบุไม่ ชัดเจน ☐ ไม่สามารถแจ้งได้ เนื่องจากผู้ร้องเรียนไม่ ระบุที่อยู่หรือระบุไม่ ชัดเจน แต่แจ้งผ่านสื่อ สาธารณะแล้ว ☐ อื่นๆ	☐ อยู่ระหว่างการ ตรวจสอบข้อเท็จจริง ☐ ตรวจสอบแล้วพบว่า ไม่มีมูล ☐ อยู่ระหว่างพิจารณา บทลงโทษ ☐ มีผลลงโทษแล้ว (ระบุ โทษ) ☒ ดำเนินการแก้ไข/ ประสานเรียบร้อยแล้ว ☐ อื่นๆ	แจ้งองค์กรแพทย์

ผู้รายงาน.....นางภรภัทร ขอมตะคุ..... ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ....สังกัด.....ศูนย์อนามัยที่ 9...โทรศัพท์.....044 – 305134 ต่อ120...โทรสาร...044-291506...อีเมลล์...data_mch14@hotmail.com.....

แบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียนของหน่วยงาน :.....ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา.....ปีงบประมาณ 2562

ลำดับ	วัน เดือน ปี ที่รับ ข้อร้องเรียน	ช่องทางการ ร้องเรียน	ชื่อ/ที่อยู่/โทรศัพท์ ของผู้ร้องเรียน	รายละเอียดข้อร้องเรียน	ประเภท ข้อร้องเรียน	ระดับข้อร้องเรียน	แจ้งผลการตรวจสอบ/ ความคืบหน้าของการ ดำเนินการให้ ผู้ร้องเรียนทราบ	ผลการตอบสนอง ต่อข้อร้องเรียน	ปัญหาและข้อเสนอแนะ แนวทางการแก้ไขปัญหา จากการร้องเรียนเรื่องนี้
08	24 พฤษภาคม 62	☐ โทรศัพท์ ☐ โทรสาร ☐ ร้องเรียนกับ เจ้าหน้าที่ ☒ / กล่องรับ เรื่อง ร้องเรียน ☐ หนังสือ/ จดหมาย ☐ อีเมลล์ ☐ เว็บไซต์ ☐ เว็บไซต์ ☐ อื่น ๆ (ระบุ)	-	เจ้าหน้าที่ห้องเก็บเงินพูดจาไม่ไพเราะ	☐ การทุจริต ☐ การปฏิบัติหรือละ เว้นการปฏิบัติหน้าที่ โดยมิชอบ ☐ การไม่ปฏิบัติตาม จรรยาบรรณการกรร มอนามัย เช่น จนท. บริการไม่ดี ใช้วาจาไม่ สุภาพ ฯลฯ ☐ การฝ่าฝืนประมวล จริยธรรม ชรก. พล เรือน ☐ เหตุเดือดร้อน รำคาญ ☐ ละเมิดสิทธิตาม ตามกฎหมาย(พรบ.สธ.) ☐ การปฏิบัติไม่ ถูกต้องตามหลัก สุขาภิบาลอาหารและ น้ำก่อให้เกิดความ เจ็บป่วย ☒ อื่นๆ.....	☐ ระดับ 1 ประสานงานหน่วยงาน อื่นดำเนินการแก้ไข ☒ ระดับ 2 ข้อร้องเรียนเล็ก (หน่วยงานแก้ไขปัญหา เองได้) ☐ ระดับ 3 ข้อร้องเรียนใหญ่ (ให้ระดับกรมเป็นผู้ พิจารณาแก้ไขปัญหา) ☐ ระดับ 4 ข้อร้องเรียนที่มี ผู้เสียหายกล่าวโทษ มีความสำคัญเร่งด่วน และอยู่ในอำนาจของ รพว.สธ.	☐ ภายใน ๑๕ วัน นับจากวันที่รับเรื่อง ☐ เกิน ๑๕ วัน นับจากวันที่รับเรื่อง (ระบุสาเหตุ) ☒ ไม่สามารถแจ้งได้ เนื่องจากผู้ร้องเรียนไม่ ระบุที่อยู่หรือระบุไม่ ชัดเจน ☐ ไม่สามารถแจ้งได้ เนื่องจากผู้ร้องเรียนไม่ ระบุที่อยู่หรือระบุไม่ ชัดเจน แต่แจ้งผ่านสื่อ สาธารณะแล้ว ☐ อื่นๆ	☐ อยู่ระหว่างการ ตรวจสอบข้อเท็จจริง ☐ ตรวจสอบแล้วพบว่า ไม่มีมูล ☐ อยู่ระหว่างพิจารณา บทลงโทษ ☐ มีผลลงโทษแล้ว (ระบุ โทษ) ☒ ดำเนินการแก้ไข/ ประสานเรียบร้อยแล้ว ☐ อื่นๆ	แจ้งผู้เกี่ยวข้อง

ผู้รายงาน.....นางภรภัทร ขอมตะคุ..... ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ....สังกัด.....ศูนย์อนามัยที่ 9...โทรศัพท์.....044 – 305134 ต่อ120...โทรสาร...044-291506...อีเมลล์...data_mch14@hotmail.com.....

แบบฟอร์มบันทึกข้อชมเชยของหน่วยงาน ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ปี 2562

บันทึกข้อชมเชย ตุลาคม 2561

ลำดับ	วัน เดือน ปี ที่รับ เรื่องยกย่อง ชมเชย	ช่องทางการรับข้อ ชมเชย	ชื่อ/ที่อยู่/โทรศัพท์ ของผู้ยกย่อง ชมเชย	ผู้ได้รับการยกย่อง ชมเชย (ระบุชื่อ - สกุล ตำแหน่ง หน่วยงานที่สังกัด)	สรุปรายละเอียดเรื่องที่ได้รับการยกย่อง ชมเชย	การแจ้งผลดำเนินการ ให้กับผู้ยกย่อง ชมเชย ทราบ	การดำเนินการของหน่วยงานต่อเจ้าหน้าที่ผู้ได้รับการยก ย่อง ชมเชย
01	17 ตุลาคม 61	☐ โทรศัพท์ ☐ โทรสาร ☐ ร้องเรียนกับ เจ้าหน้าที่ ☒ กล่องรับเรื่อง ร้องเรียน ☐ หนังสือ/ จดหมาย ☐ อีเมลล์ ☐ เว็บบอร์ด ☐ เว็บไซต์ ☐ อื่น ๆ (ระบุ)	นายชาติรี ช่างหล่อ 123 ซ.14 ถเดชอุ ดม ต.ในเมือง อ. เมือง จ.นครราชสีมา	คุณหอมเต็ม - คุณหอมองลักษณ์	พุดจาไฟเราะมากเป็นกันเองกับคนไข้ให้ข้อมูล ชี้แนะการปฏิบัติตัวหลังการรักษาเป็นอย่างดี (หายากมากครับ)ในโรงพยาบาลของรัฐ	☐ ภายใน ๑๕ วัน นับจากวันที่รับเรื่อง ☐ เกิน ๑๕ วัน นับจากวันที่รับเรื่อง (ระบุสาเหตุ) ☐ ไม่สามารถแจ้งได้ เนื่องจากผู้ร้องเรียนไม่ ระบุที่อยู่หรือระบุไม่ ชัดเจน แต่แจ้งผ่านสื่อ สาธารณะแล้ว	นำเข้าที่ประชุมของ รพ.แจ้งให้ทราบ

ผู้รายงาน.....นางภรภัทร ขอมตะคุ..... ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ....สังกัด.....ศูนย์อนามัยที่ 9...โทรศัพท์.....044 – 305134 ต่อ120....โทรสาร...044-291506...อีเมลล์...data_mch14@hotmail.com.....

บันทึกข้อชมเชย มกราคม 2562

ลำดับ	วัน เดือน ปี ที่รับ เรื่องยกย่อง ชมเชย	ช่องทางการรับข้อ ชมเชย	ชื่อ/ที่อยู่/โทรศัพท์ ของผู้ยกย่อง ชมเชย	ผู้ได้รับการยกย่อง ชมเชย (ระบุชื่อ - สกุล ตำแหน่ง หน่วยงานที่สังกัด)	สรุปรายละเอียดเรื่องที่ได้รับการยกย่อง ชมเชย	การแจ้งผลดำเนินการ ให้กับผู้ยกย่อง ชมเชย ทราบ	การดำเนินการของหน่วยงานต่อเจ้าหน้าที่ผู้ได้รับการยก ย่อง ชมเชย
01	16 มกราคม 62	☐ โทรศัพท์ ☐ โทรสาร ☐ ร้องเรียนกับ เจ้าหน้าที่ ☒ กล้องรับเรื่อง ร้องเรียน ☐ หนังสือ/ จดหมาย ☐ อีเมลล์ ☐ เว็บบอร์ด ☐ เว็บไซต์ ☐ อื่น ๆ (ระบุ)	-	ไม่ระบุ	ทุกแผนกเจ้าหน้าที่บริการดีมาก	☐ ภายใน ๑๕ วัน นับจากวันที่รับเรื่อง ☐ เกิน ๑๕ วัน นับจากวันที่รับเรื่อง (ระบุสาเหตุ) ☐ ไม่สามารถแจ้งได้ เนื่องจากผู้ร้องเรียนไม่ ระบุที่อยู่หรือระบุไม่ ชัดเจน แต่แจ้งผ่านสื่อ สาธารณะแล้ว	นำเข้าที่ประชุมของ รพ.แจ้งให้ทราบ

ผู้รายงาน.....นางภรภัทร ชอมตะคุณ..... ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....สังกัด.....ศูนย์อนามัยที่ 9.....โทรศัพท์.....044 – 305134 ต่อ120.....โทรสาร.....044-291506.....อีเมล.....data_mch14@hotmail.com.....

บันทึกข้อชมเชย กุมภาพันธ์ 2562

ลำดับ	วัน เดือน ปี ที่รับ เรื่องยกย่อง ชมเชย	ช่องทางการรับข้อ ชมเชย	ชื่อ/ที่อยู่/โทรศัพท์ ของผู้ยกย่อง ชมเชย	ผู้ได้รับการยกย่อง ชมเชย (ระบุชื่อ - สกุล ตำแหน่ง หน่วยงานที่สังกัด)	สรุปรายละเอียดเรื่องที่ได้รับการยกย่อง ชมเชย	การแจ้งผลดำเนินการ ให้กับผู้ยกย่อง ชมเชย ทราบ	การดำเนินการของหน่วยงานต่อเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการยก ย่อง ชมเชย
01	21 กุมภาพันธ์ 62	☐ โทรศัพท์ ☐ โทรสาร ☐ ร้องเรียนกับ ☒ เจ้าหน้าที่ ☐ กล้องรับเรื่อง ร้องเรียน ☐ หนังสือ/ จดหมาย ☐ อีเมลล์ ☐ เว็บบอร์ด ☐ เว็บไซต์ ☐ อื่น ๆ (ระบุ)	นายส่งศักดิ์ ทรงบุ 155 ม.5 บ.โป่ง แมลงวัน ต.โคก กรวด อ.เมือง จ. นครราชสีมา	ไม่ระบุ	เจ้าหน้าที่บริการดีมาก	☐ ภายใน ๑๕ วัน นับจากวันที่รับเรื่อง ☐ เกิน ๑๕ วัน นับจากวันที่รับเรื่อง (ระบุสาเหตุ) ☐ ไม่สามารถแจ้งได้ เนื่องจากผู้ร้องเรียนไม่ ระบุที่อยู่หรือระบุไม่ ชัดเจน แต่แจ้งผ่านสื่อ สาธารณะแล้ว	นำเข้าที่ประชุมของ รพ.แจ้งให้ทราบ

ผู้รายงาน.....นางภรภัทร ขอมตะคุณ..... ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ....สังกัด.....ศูนย์อนามัยที่ 9...โทรศัพท์.....044 – 305134 ต่อ120...โทรสาร...044-291506...อีเมลล์...data_mch14@hotmail.com.....

บันทึกข้อชมเชย มีนาคม 2562

ลำดับ	วัน เดือน ปี ที่รับ เรื่องยกย่อง ชมเชย	ช่องทางการรับข้อ ชมเชย	ชื่อ/ที่อยู่/โทรศัพท์ ของผู้ยกย่อง ชมเชย	ผู้ได้รับการยกย่อง ชมเชย (ระบุชื่อ - สกุล ตำแหน่ง หน่วยงานที่สังกัด)	สรุปรายละเอียดเรื่องที่ได้รับการยกย่อง ชมเชย	การแจ้งผลดำเนินการ ให้กับผู้ยกย่อง ชมเชย ทราบ	การดำเนินการของหน่วยงานต่อเจ้าหน้าที่ผู้ได้รับการยก ย่อง ชมเชย
01	19 มีนาคม 62	☐ โทรศัพท์ ☐ โทรสาร ☐ ร้องเรียนกับ ☒ เจ้าหน้าที่ ☐ กล้องรับเรื่อง ☐ ร้องเรียน ☐ หนังสือ/ ☐ จดหมาย ☐ อีเมลล์ ☐ เว็บบอร์ด ☐ เว็บไซต์ ☐ อื่น ๆ (ระบุ)	ร.ร.อุบลรัตนราช กัญญา ต.บ้านใหม่ อ.เมือง จ.นครราชสีมา	ทพญ.ธัญญา อีรวิมลไกร	ขอชื่นชมการต้อนรับ การพูดจาการทำพิน ใจเย็น ละเอียดและการให้คำปรึกษามาก	☐ ภายใน ๑๕ วัน นับจากวันที่รับเรื่อง ☐ เกิน ๑๕ วัน นับจากวันที่รับเรื่อง (ระบุสาเหตุ) ☐ ไม่สามารถแจ้งได้ เนื่องจากผู้ร้องเรียนไม่ ระบุที่อยู่หรือระบุไม่ ชัดเจน แต่แจ้งผ่านสื่อ สาธารณะแล้ว	นำเข้าที่ประชุมของ รพ.แจ้งให้ทราบ

ผู้รายงาน.....นางภรภัทร ขอมตะคุ..... ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ....สังกัด.....ศูนย์อนามัยที่ 9...โทรศัพท์.....044 – 305134 ต่อ120....โทรสาร...044-291506...อีเมลล์...data_mch14@hotmail.com.....

บันทึกข้อชมเชย พฤษภาคม 2562

ลำดับ	วัน เดือน ปี ที่ได้รับ เรื่องยกย่อง ชมเชย	ช่องทางการรับข้อ ชมเชย	ชื่อ/ที่อยู่/โทรศัพท์ ของผู้ยกย่อง ชมเชย	ผู้ได้รับการยกย่อง ชมเชย (ระบุชื่อ - สกุล ตำแหน่ง หน่วยงานที่สังกัด)	สรุปรายละเอียดเรื่องที่ได้รับการยกย่อง ชมเชย	การแจ้งผลดำเนินการ ให้กับผู้ยกย่อง ชมเชย ทราบ	การดำเนินการของหน่วยงานต่อเจ้าหน้าที่ผู้ได้รับการยก ย่อง ชมเชย
01	24 พฤษภาคม. 62	☐ โทรศัพท์ ☐ โทรสาร ☐ ร้องเรียนกับ เจ้าหน้าที่ ☒ กล้องรับเรื่อง ร้องเรียน ☐ หนังสือ/ จดหมาย ☐ อีเมลล์ ☐ เว็บบอร์ด ☐ เว็บไซต์ ☐ อื่น ๆ (ระบุ)	093-4529498	นายแพทย์สิทธิพันธ์ ตะนอพรหม	ให้คำแนะนำผู้ป่วยดีมาก	☐ ภายใน ๑๕ วัน นับจากวันที่รับเรื่อง ☐ เกิน ๑๕ วัน นับจากวันที่รับเรื่อง (ระบุสาเหตุ) ☐ ไม่สามารถแจ้งได้ เนื่องจากผู้ร้องเรียนไม่ ระบุที่อยู่หรือระบุไม่ ชัดเจน แต่แจ้งผ่านสื่อ สาธารณะแล้ว	นำเข้าที่ประชุมของ รพ.แจ้งให้ทราบ

ผู้รายงาน.....นางภรภัทร ชอมตะคุณ.....ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....สังกัด.....ศูนย์อนามัยที่ 9.....โทรศัพท์.....044 – 305134 ต่อ120.....โทรสาร.....044-291506.....อีเมล.....data_mch14@hotmail.com.....

