

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอतालसुम

แบบร้องเรียนการทุจริตและประพฤตมิชอบ

โปรดระบุข้อเท็จจริงให้ชัดเจน หากไม่ประสงค์เปิดเผยตัวตนสามารถเว้นข้อมูลผู้แจ้งได้ แต่ข้อมูลติดต่อช่วยให้เจ้าหน้าที่ขอรายละเอียดเพิ่มเติมและแจ้งผลได้

ข้อมูลผู้แจ้ง (ไม่บังคับ)

ชื่อ-นามสกุล

ที่อยู่/โทรศัพท์/อีเมล

☐ ยินยอมให้ติดต่อกลับ ☐ ขอให้ปกปิดชื่อและข้อมูลติดต่อ

ข้อร้องเรียน

ชื่อหรือตำแหน่งผู้ถูกร้อง (ถ้าทราบ)

หน่วยงาน/สถานที่เกิดเหตุ

วัน เวลา หรือช่วงเวลาที่เกิดเหตุ

ข้อเท็จจริงและพฤติการณ์

.....

.....

ความเสียหายหรือผู้เกี่ยวข้อง

หลักฐานและการรับรอง

☐ เอกสาร ☐ ภาพถ่าย ☐ เสียง/วิดีโอ ☐ รายชื่อพยาน ☐ ข้อมูลธุรกรรม ☐ อื่น ๆ

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อมูลที่แจ้งเป็นข้อเท็จจริงตามที่ทราบ และไม่ได้มีเจตนากลับแก่งผู้อื่น

ลงชื่อผู้ยื่นคำขอ/ผู้แจ้ง วันที่/...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่: เลขรับ ผู้รับเรื่อง วันที่รับ/...../.....

ที่มา/หลักเกณฑ์ประกอบการจัดทำ: หลักเกณฑ์การรับข้อร้องเรียนการทุจริตและประพฤตมิชอบของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
และศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข