

คู่มือการปฏิบัติงาน
กรณีการร้องเรียนการทุจริตและ
ประพฤติมิชอบ

ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี
จังหวัดอุบลราชธานี

คำนำ

ด้วยคณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๕๙ เห็นชอบมาตรการเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการของศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต ตามยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริตระยะที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) ประกอบกับแผนแม่บทการป้องกัน ปราบปรามการทุจริต และประพฤติมิชอบ กระทรวงสาธารณสุขระยะ ๕ ปี (พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) ที่เชื่อมโยงไปสู่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔) และยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๗๙) ที่กำหนดวิสัยทัศน์ว่า “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” มีเป้าหมายของการพัฒนาประเทศคือการปราบปรามการทุจริต ส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรมให้กับประชาชน รวมถึงสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน การเข้าถึงช่องทางต่าง ๆ เพื่อป้องกันการทุจริต

ศูนย์รับเรื่องราวร้องเรียนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จึงได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานกรณีการร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ทราบช่องทางการร้องเรียน รวมถึงการตอบสนองเรื่องร้องเรียน ให้มีความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เพื่อประโยชน์กับทางราชการ และความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งเอกสารประกอบไปด้วยหลายส่วน ผู้จัดทำหวังว่าจะเป็นประโยชน์กับบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ได้อย่างมีคุณภาพ

ศูนย์รับเรื่องราวร้องเรียนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

พฤศจิกายน ๒๕๖๖

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ปก	๑
คำนำ	๒
สารบัญ	๓
ส่วนที่ ๑ บทนำ	
๑.๑ หลักการและเหตุผล	๔
๑.๒ วัตถุประสงค์	๔
ส่วนที่ ๒ การแจ้งเบาะแสด้านการทุจริตและประพฤติมิชอบ	
๒.๑ สถานที่ตั้ง	๕
๒.๒ ขอบเขต	๕
๒.๓ บทบาทหน้าที่รับผิดชอบ	๕
๒.๔ คำจำกัดความ	๕
๒.๕ ระยะเวลาเปิดให้บริการ	๖
ส่วนที่ ๓ ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	
๓.๑ แผนผังกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ	๗
๓.๒ ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	๘
๓.๓ การรับและตรวจสอบข้อร้องเรียน จากช่องทางต่าง ๆ	๘
๓.๔ การบันทึกข้อร้องเรียน	๘
๓.๕ การประสานหน่วยงานเพื่อแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนและการแจ้งผู้ร้องเรียนทราบ	๘
๓.๖ การติดตามแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียน	๙
๓.๗ มาตรฐานงาน การตอบสนองผู้ร้องเรียน	๙
๓.๘ การรายงานผลการดำเนินการให้ผู้บริหารทราบ	๙
๓.๙ แบบฟอร์ม	๙
๓.๑๐ ผู้มีสิทธิ์เข้าถึง	๙
๓.๑๑ ระบบติดตามและประเมินผล	๙
ภาคผนวก แบบฟอร์ม	๑๐

ส่วนที่ ๑ บทนำ

๑.๑ หลักการและเหตุผล

พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖ ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติราชการ มุ่งให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนให้เกิดความผาสุกและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน เกิดผลสัมฤทธิ์ต่องานบริการที่มีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่าในการให้บริการ ไม่มีขั้นตอนปฏิบัติงานเกินความจำเป็น มีการปรับปรุงภารกิจให้ทันต่อสถานการณ์ ประชาชนได้รับการอำนวยความสะดวกและได้รับการตอบสนองความต้องการ และมีการประเมินผลการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ ประกอบกับยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต ระยะที่ ๓ (พ.ศ.๒๕๖๐ –๒๕๖๔) และยุทธศาสตร์ด้านการป้องกัน ปราบปรามทุจริตและประพฤติมิชอบ กระทรวงสาธารณสุข ระยะ ๕ ปี (พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคีเครือข่ายด้านการป้องกันและปราบปรามการทุจริตคอร์รัปชัน การส่งเสริมและคุ้มครองจริยธรรมบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ ด้วยมาตรการ ๓ป ๑ค (ปลูกจิตสำนึก ป้องกัน ปราบปราม และสร้างเครือข่าย) เพื่อเป้าหมายเดียวกันคือ ความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ประชาชนได้รับบริการที่ดี มีความพึงพอใจ เชื่อมมั่น และศรัทธารต่อการบริหารงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

๑.๒ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้บุคลากร หรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบสามารถนำไปเป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานให้เกิดเป็นรูปธรรม ปฏิบัติงานตามมาตรฐานกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียน การแจ้งเบาะแสด้านการทุจริตและประพฤติมิชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒. เพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียน /แจ้งเบาะแสด้านการทุจริต และประพฤติมิชอบใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานตามขั้นตอนที่สอดคล้องกับข้อกำหนด ระเบียบ หลักเกณฑ์และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการรับเรื่องร้องทุกข์ อย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ

๓. เพื่อเป็นหลักฐานแสดงขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติงาน ที่สามารถถ่ายทอดให้กับผู้เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ พัฒนาให้การทำงานเป็นมืออาชีพ รวมทั้งแสดงหรือเผยแพร่ให้กับบุคคลภายนอกหรือผู้ใช้บริการให้สามารถเข้าใจ และใช้ประโยชน์จากกระบวนการที่มีอยู่ รวมถึงการเสนอแนะ ปรับปรุงกระบวนการในการปฏิบัติงาน

๔. เพื่อพิทักษ์สิทธิของประชาชนและผู้ร้องเรียน / แจ้งเบาะแส

ส่วนที่ ๒

การแจ้งเบาะแสด้านการทุจริตและประพฤติมิชอบ

๒.๑ สถานที่ตั้ง

ศูนย์รับเรื่องราวร้องเรียนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ ๓๔๐๐๐

๒.๒ ขอบเขต

ใช้เป็นคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานดำเนินการ การแจ้งเบาะแสด้านการทุจริตและประพฤติมิชอบ สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียน การแจ้งเบาะแสด้านการทุจริตและประพฤติมิชอบ ของศูนย์รับเรื่องราวร้องเรียนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี ผ่าน ๓ ช่องทางดังนี้

๑. หนังสือถึงหน่วยงาน ที่อยู่จัดส่ง ดังนี้

“ ศูนย์รับเรื่องราวร้องเรียนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ ๓๔๐๐๐ ”

๒. เว็บไซต์หน่วยงาน ที่ <https://ssomuangubon.com>

๓. จดหมายอิเล็กทรอนิกส์(อีเมล)รับเรื่องราวร้องเรียนโดยเฉพาะ ที่เมลล์ ubon๐๐๓๑๑๑@gmail.com

๒.๓ บทบาทหน้าที่รับผิดชอบ

๑. รับเรื่องราวร้องเรียนผ่านตามช่องทางที่กำหนด
๒. ดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริง ดำเนินการแก้ไข ตอบสนองผู้ร้องเรียน ด้านการปฏิบัติหน้าที่หรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ หรือการทุจริตคอร์รัปชัน
๓. จัดทำแผนงานโครงการ ประสานการทำงานกับเครือข่ายระดับตำบล อำเภอ จังหวัด
๔. คຸ້ມครองປັດຂຶ້ນ ສຸກຸລູຮຽນ
๕. กรณีเกินขีดความสามารถ หรือไม่ได้อยู่ในอำนาจหน้าที่ให้ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้วแจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบ
๖. ติดตาม ประเมินผล และจัดทำรายงานการร้องเรียนและการทุจริตตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด
๗. ปฏิบัติงานร่วมกับ หรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือได้รับมอบหมาย

๒.๔ คำจำกัดความ

ผู้รับบริการ หมายถึง ผู้ที่มารับบริการ หรือติดต่อราชการกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมายถึง ผู้ที่ได้รับผลกระทบ ทั้งทางบวกและทางลบ ทั้งทางตรงและทางอ้อม จากการดำเนินการ ปฏิบัติราชการของบุคคล หรือกลุ่มคน ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัด

เรื่องร้องเรียน หมายถึง ความเดือดร้อนเสียหายอันเกิดจากการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานีหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัด เช่น การประพฤติมิชอบตามประมวลจริยธรรมข้าราชการพลเรือนและจรรยาข้าราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หรือพบความผิดปกติในกระบวนการจัดซื้อ จัดจ้าง ข้อเสนอแนะ และ/หรือ ข้อคิดเห็นต่าง ๆ

การร้องเรียน / แจ้งเบาะแส หมายถึง การร้องเรียน /แจ้งเบาะแสด้านการทุจริตและประพฤติมิชอบ เพื่อดำเนินการตามที่กฎหมายกำหนด ผ่านช่องทาง ๓ ทาง อันได้แก่

๑. หนังสือถึงหน่วยงาน ที่อยู่จัดส่ง ดังนี้

“ ศูนย์รับเรื่องราวร้องเรียนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ ๓๔๐๐๐ ”

๒. เว็บไซต์หน่วยงาน ที่ <https://sites.google.com/site/namphonghealth/rabban/ngan/rabbcadkar-khx-rxng-reiyn>

๓. จดหมายอิเล็กทรอนิกส์(อีเมล)รับเรื่องร้องเรียนโดยเฉพาะ ที่เมลล์ namphonghealthstopcorruption@gmail.com

การร้องเรียนกระทำผิดวินัย /ทุจริต หมายถึง การร้องเรียนกล่าวหาว่าเจ้าหน้าที่ของรัฐในสังกัด ได้แก่ ข้าราชการพลเรือนสามัญ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข กระทำความผิดทางวินัย โดยมีการฝ่าฝืนข้อห้ามหรือข้อปฏิบัติที่กฎหมายหรือระเบียบได้กำหนดไว้ว่าเป็นความผิดทางวินัยและได้กำหนดโทษไว้ ทั้งนี้ อาจเป็นเรื่องเกี่ยวกับงานราชการหรือเรื่องส่วนตัว

การดำเนินการ หมายถึง การจัดการกับเรื่องร้องเรียน /แจ้งเบาะแสตั้งแต่ต้นจนถึงการได้รับการแก้ไข หรือได้ข้อสรุป เพื่อแจ้งผู้ร้องเรียนกรณีผู้ร้องเรียนแจ้งชื่อ ที่อยู่ชัดเจน

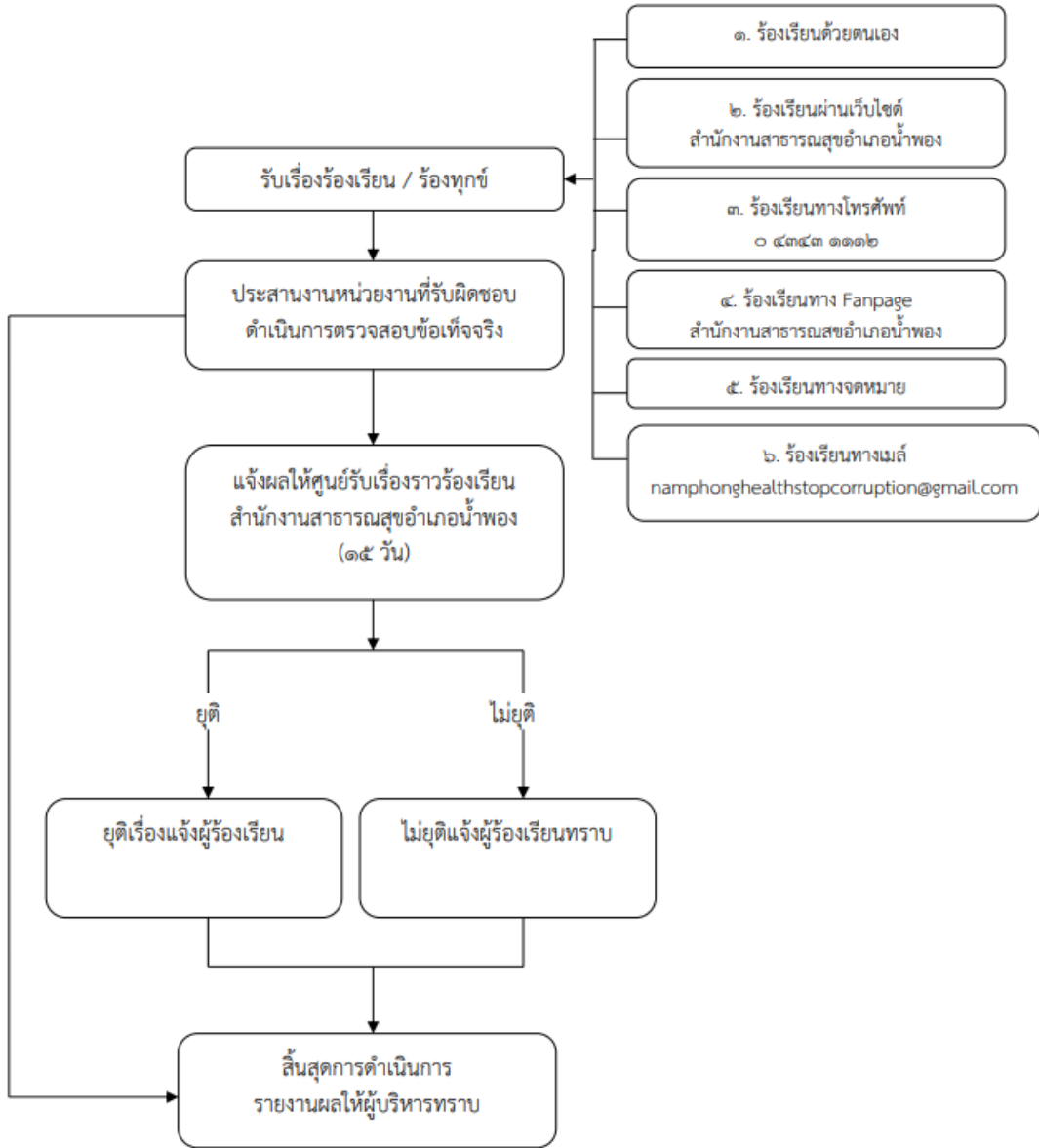
๒.๕ ระยะเวลาเปิดให้บริการ

เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. กรณีมาร้องเรียนด้วยตัวเอง

กรณีร้องเรียนผ่านจดหมาย หรือจดหมายอิเล็กทรอนิกส์(อีเมล)หรือเว็บไซต์ ดำเนินการได้ตลอดเวลา

ส่วนที่ ๓
ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

๓.๑ แผนผังกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ



๓.๒ ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

การแต่งตั้งผู้รับผิดชอบจัดการข้อร้องเรียน ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

๘.๑ จัดตั้งศูนย์ / จุดรับข้อร้องเรียน ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

๘.๒ จัดทำคำสั่งแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ฯ

๘.๓ แจ้งผู้รับผิดชอบตามคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี เพื่อความสะดวกในการประสานงาน

๓.๓ การรับและตรวจสอบข้อร้องเรียน จากช่องทางต่าง ๆ

ดำเนินการรับและติดตามตรวจสอบข้อร้องเรียน ที่เข้ามายังหน่วยงานจากช่องทาง ต่าง ๆ โดยมีข้อปฏิบัติ ตามที่กำหนด ดังนี้

ช่องทาง	ความถี่ในการตรวจสอบช่องทาง	ระยะเวลาดำเนินการรับข้อร้องเรียนเพื่อประสานหาทางแก้ไขปัญหา	หมายเหตุ
ร้องเรียนด้วยตนเอง ณ ศูนย์รับเรื่องราวร้องเรียนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี	ทุกครั้งที่มีการร้องเรียน	ภายใน ๑ วันทำการ	
ร้องเรียนผ่านเว็บไซต์/ Fanpage สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี	ทุกวัน	ภายใน ๑ วันทำการ	
ร้องเรียนทางโทรศัพท์ ๐ ๔๓๔๓ ๑๑๑๒	ทุกวัน	ภายใน ๑ วันทำการ	
ร้องเรียนทางเมลล์	ทุกวัน	ภายใน ๑ วันทำการ	
ร้องเรียนทางจดหมาย	ทุกวัน	ภายใน ๑ วันทำการ	

๓.๔ การบันทึกข้อร้องเรียน

๑ กรอกแบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียน โดยมีรายละเอียด ชื่อ-สกุล ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ เรื่อง ร้องเรียน/ร้องเรียน และสถานที่เกิดเหตุ

๒ ทุกช่องทางที่มีการร้องเรียน เจ้าหน้าที่ต้องบันทึกข้อร้องเรียน ลงสมุดบันทึกข้อร้องเรียน

๓.๕ การประสานหน่วยงานเพื่อแก้ปัญหาข้อร้องเรียนและการแจ้งผู้ร้องเรียนทราบ

๑ กรณีเป็นการขอข้อมูลข่าวสาร ประสานหน่วยงานผู้ครอบครองเอกสาร เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ร้องขอได้ทันที

๒ ข้อร้องเรียน ที่เป็นการร้องเรียนเกี่ยวกับการให้บริการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัด เช่น การให้บริการของเจ้าหน้าที่ การจัดการขยะมูลฝอย กลิ่นเหม็นรบกวน เป็นต้น จัดทำบันทึกข้อความเสนอไปยังผู้บริหารเพื่อสั่งการหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเบื้องต้นอาจโทรศัพท์แจ้งไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๓ ข้อร้องเรียน ที่ไม่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี ให้ดำเนินการประสานหรือแจ้งให้ผู้ร้องเรียน ไปร้องเรียนที่ศูนย์ดำรงธรรม เพื่อให้เกิดความรวดเร็วและถูกต้อง ในการ

แก้ไขปัญหาดังต่อไปนี้

๔ ข้อร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับการทุจริต หรือประพฤติมิชอบ เช่น ร้องเรียนความไม่โปร่งใสในการจัดซื้อจัดจ้าง ผลประโยชน์ทับซ้อน เป็นต้น ให้เจ้าหน้าที่จัดทำบันทึกข้อความเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณาส่งการไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบ เพื่อดำเนินการตรวจสอบและแจ้งผู้ร้องเรียนทราบ ต่อไป

๓.๖ การติดตามแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียน

ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรายงานผลการดำเนินการให้ทราบภายใน ๕ วันทำการ เพื่อเจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ จะได้แจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบ ต่อไป

๓.๗ มาตรฐานงาน การตอบสนองผู้ร้องเรียน

การดำเนินการแก้ไขข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด กรณีได้รับเรื่องร้องเรียน / ร้องทุกข์ ให้ศูนย์รับเรื่องราวร้องเรียนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี ดำเนินการตรวจสอบและพิจารณาส่งเรื่องให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ให้แล้วเสร็จภายใน ๑๕ วัน ทำการ

๓.๘ การรายงานผลการดำเนินการให้ผู้บริหารทราบ

๑ กรณีมีข้อร้องเรียน ให้รวบรวมและรายงานสรุปการจัดการข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ ให้ผู้บริหารทราบ ทุกครั้ง กรณีไม่มี ให้รายงาน ๖ เดือน/ครั้ง

๒ ให้รวบรวมรายงานสรุปข้อร้องเรียนหลังจากสิ้นปีงบประมาณ เพื่อนำมาวิเคราะห์การจัดการข้อร้องเรียน ในภาพรวมของหน่วยงาน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไข ปรับปรุง พัฒนา องค์กร ต่อไป

๓.๙ แบบฟอร์ม

ใช้แบบฟอร์มใบรับแจ้งเหตุเรื่องราวร้องเรียน / ร้องทุกข์ตามกำหนด หรือมีเนื้อหาไม่น้อยกว่านี้

๓.๑๐ ผู้มีสิทธิ์เข้าถึง

เจ้าหน้าที่ศูนย์รับเรื่องราวร้องเรียนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

๓.๑๑ ระบบติดตามและประเมินผล

๑ ร้อยละของเรื่องร้องเรียน / แจ้งเบาะแส ที่ได้รับการดำเนินการภายใน ๑๕ วันทำการ

๒ ระดับความสำเร็จของเรื่องร้องเรียน/ แจ้งเบาะแส ได้รับการติดตามผลการดำเนินงานในการแก้ไขปัญหา

๓ ระดับความสำเร็จของการจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานเรื่องร้องเรียน/แจ้งเบาะแส

ภาคผนวก

แบบฟอร์มรับเรื่องร้องเรียน

แบบตอบสนองผู้ร้องเรียน

แบบสรุปรายงานเรื่องร้องเรียน

แบบฟอร์มใบรับแจ้งเหตุร้องเรียน/ร้องทุกข์

แบบคำร้องเรียน/ร้องทุกข์ (ด้วยตนเอง)

(แบบคำร้องเรียน ๑)

ที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง.....

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....อาชีพ.....ตำแหน่ง.....บัตร

ประชาชน.....เลขที่.....ออกโดย.....วันออก

บัตร.....บัตรหมดอายุ.....มีความประสงค์ขอร้องเรียน/ร้องทุกข์

เพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี พิจารณา ดำเนินการช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหา

เรื่อง.....

.....

.....

.....

ทั้งนี้ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำร้องเรียน/ร้องทุกข์ตามข้างต้นเป็นความจริงและยินดีรับผิดชอบทั้งทาง
แพ่งและทางอาญาหากจะพึงมี

โดยข้าพเจ้าขอส่งเอกสารหลักฐานประกอบการร้องเรียน/ร้องทุกข์(ถ้ามี)ได้แก่

๑).....จำนวน.....ชุด

๒).....จำนวน.....ชุด

๓).....จำนวน.....ชุด

๔).....จำนวน.....ชุด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ร้องทุกข์/ร้องเรียน

ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน

โทร. ๐๔๕-๒๔๒๗๘๑

แบบคำร้องเรียน/ร้องทุกข์(โทรศัพท์)(แบบคำร้องที่ ๒)

ที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง.....

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....อาชีพ.....ตำแหน่ง.....

มีความประสงค์ขอร้องเรียน/ร้องทุกข์เพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานีพิจารณาดำเนินการ
ช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหาเรื่อง.....

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

โดยขออ้าง.....
.....

.....เป็นพยานหลักฐานประกอบ

ทั้งนี้ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำร้องเรียน/ร้องทุกข์ตามข้างต้นเป็นความจริงและเจ้าหน้าที่ได้แจ้งให้
ข้าพเจ้าทราบแล้วหากเป็นคำร้องที่ไม่สุจริตอาจต้องรับผิดชอบตามกฎหมายได้

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับเรื่อง
(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

เวลา.....

ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน

โทร. ๐๔๕-๒๔๒๗๘๑

แบบฟอร์มใบรับแจ้งเหตุร้องเรียน/ร้องทุกข์กรณีพบเหตุทุจริตหรือประพฤติมิชอบ

(แบบคำร้องเรียน ๓)

ที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง.....

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....อาชีพ.....ตำแหน่ง.....บัตร

ประชาชน.....เลขที่.....ออกโดย.....วันออก

บัตร.....บัตรหมดอายุ.....มีความประสงค์ขอร้องเรียน/ร้องทุกข์

เพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานีพิจารณาดำเนินการช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหาเนื่องด้วยข้าพเจ้า
พบเห็นการกระทำของบุคลากรในสังกัด ที่อาจเข้าข่ายทุจริตหรือประพฤติมิชอบ ดังนี้

๑.(นาย/นาง/นางสาว) ได้กระทำการ ที่สงสัยเข้าข่ายทุจริตหรือประพฤติมิชอบ โดยมีพฤติการณ์ดังนี้

.....

หลักฐาน(ถ้ามี)...๑.....

๒.....๓.....

ทั้งนี้ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำร้องเรียน/ร้องทุกข์ตามข้างต้นเป็นความจริงและยินดีรับผิดชอบทั้งทาง
แพ่งและทางอาญาหากจะพึงมี

โดยข้าพเจ้าขอส่งเอกสารหลักฐานประกอบการร้องเรียน/ร้องทุกข์(ถ้ามี)ได้แก่

๑).....จำนวน.....ชุด

๒).....จำนวน.....ชุด

๓).....จำนวน.....ชุด

๔).....จำนวน.....ชุด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ร้องทุกข์/ร้องเรียน

ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน

โทร. ๐๔๕-๒๔๒๗๘๑

แบบแจ้งการรับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์(ตอบข้อร้องเรียนที่ ๑)

ที่ อบ ๐๑๓๒ /(เรื่องร้องเรียน)/.....

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี
ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี
จังหวัดอุบลราชธานี

วันที่เดือน..... พ.ศ.

เรื่อง ตอบรับการรับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์
เรียน

ตามที่ท่านได้ร้องเรียน/ร้องทุกข์ผ่านศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง
อุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี โดยทาง () หนังสือร้องเรียนทางไปรษณีย์() ด้วยตนเอง () ทางโทรศัพท์
() อื่น.....
ลงวันที่..... เกี่ยวกับเรื่อง.....

.....นั้น

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานีได้ลงทะเบียนรับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ของท่านไว้
แล้วตามทะเบียนรับเรื่อง เลขรับที่.....ลงวันที่.....และสำนักงานสาธารณสุข
อำเภอเมืองอุบลราชธานีได้พิจารณาเรื่องของท่านแล้วเห็นว่า

() เป็นเรื่องที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี และได้มอบหมาย
ให้.....เป็นหน่วยตรวจสอบและดำเนินการ

() เป็นเรื่องที่ไม่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี และได้จัดส่ง
เรื่องให้.....ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้องดำเนินการ
ต่อไปแล้วทั้งนี้ ท่านสามารถติดต่อประสานงาน หรือขอทราบผลโดยตรงกับหน่วยงานดังกล่าวได้อีกทางหนึ่ง

() เป็นเรื่องที่มีกฎหมายบัญญัติขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติไว้เป็นการเฉพาะแล้ว ตามกฎหมาย
..... จึงขอให้ท่านดำเนินการตามขั้นตอนและ วิธีการที่กฎหมาย
นั้นบัญญัติไว้ต่อไป

จึงแจ้งมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

สาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน
โทร. ๐๔๕-๒๔๒๗๘๑

แบบแจ้งผลการดำเนินการต่อเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์(ตอบข้อร้องเรียน ๒)

ที่ อบ ๐๑๓๒ /(เรื่องร้องเรียน)/.....

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี

จังหวัดอุบลราชธานี

วันที่เดือน..... พ.ศ.

เรื่อง แจ้งผลการดำเนินการต่อเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียน

เรียน

อ้างถึง หนังสือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานีที่ ขก ๐๔๓๒/.....ลงวันที่.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.

๒.

๓.

ตามที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี(ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน) ได้แจ้งตอบรับการรับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ของท่านตามที่ท่านได้ร้องเรียน/ร้องทุกข์ไว้ทางโทรศัพท์ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี ได้รับแจ้งผลการดำเนินการจากส่วนราชการ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามประเด็นที่ท่านได้ร้องเรียน/ร้องทุกข์แล้วปรากฏข้อเท็จจริงโดยสรุปว่า.....

.....

.....ดังมีรายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาพร้อมนี้

ทั้งนี้หากท่านไม่เห็นด้วยประการใด ขอให้แจ้งคัดค้านพร้อมพยานหลักฐานประกอบด้วย

จึงแจ้งมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

สาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน

โทร. ๐๔๕-๒๔๒๗๘๑



ที่ อบ ๐๑๓๒/ว๑๐๖๐

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

ถนนศรีณรงค์ อบ. ๓๔๐๐๐

๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

เรื่อง สรุปรื่องร้องเรียนไตรมาส ที่.....

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดที่ ๔๔ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA โดยประเมินจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) EB๑ – EB๒๔ และ ในการดำเนินงานเรื่องร้องเรียน กรณีการปฏิบัติงานหรือให้บริการ หรือกรณีการทุจริตและประพฤติมิชอบ นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จึงขอสรุปรายงานจำนวนเรื่องร้องเรียนในไตรมาส แยกตามประเภทเรื่องร้องเรียน และขออนุมัติเผยแพร่ที่เว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี ต่อไป

ไตรมาส/เรื่อง	ประเภทเรื่องร้องเรียน (เรื่อง)		การตอบกลับผู้ร้องเรียน
	การปฏิบัติงาน/การให้บริการ	การทุจริตและประพฤติมิชอบ	
รวม			

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง.....

คำสั่ง สาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

ทราบ อนุมัติ

(.....)

สาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

จัดทำโดย

ศูนย์รับเรื่องราวร้องเรียนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี
ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี ๓๔๐๐๐