**สรุปผลการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการ**

**ของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน**

**สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองจันทบุรี**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘**

(รอบ ๑๒ เดือน ๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ – ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๘)

| ประเภทร้องเรียน | รับไว้ | ดำเนินการเสร็จแล้ว | ดำเนินการยังไม่แล้วเสร็จ | ยังไม่ได้ดำเนินการ | แจ้งผู้ร้องเรียนภายใน ๑๕ วัน | ปัญหา/อุปสรรค |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ๑.ร้องเรียนการไม่ปฏิบัติตามระเบียบราชการที่เกี่ยวข้อง | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ |
| ๒.ร้องเรียนพฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ |
| ๓.ร้องเรียนมาตรฐานการรักษาของหน่วยบริการ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ |
| ๔.ร้องเรียนการไม่ปฏิบัติตาม พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ |
| ๕.ร้องเรียนการไม่ปฏิบัติตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.๒๕๕๑ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ |
| ๖.ร้องเรียนการไม่ปฏิบัติตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ |
| ๗.ร้องเรียนการไม่ปฏิบัติตาม พ.ร.บ.อาหาร พ.ศ.๒๕๒๒ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ |
| ๘.ร้องเรียน/ร้องทุกข์ ตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ |
| **รวมทั้งสิ้น** | **๐** | **๐** | **๐** | **๐** | **๐** | **๐** |

ลงชื่อ.....ผู้สรุปผล

(นางสาวหฤทัย คุ้มสว่าง)

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

ลงชื่อ.....ผู้รับทราบผล

(นายเอกรัฐ คำวิไล)

สาธารณสุขอำเภอเมืองจันทบุรี