แบบฟอร์ม Complaint_02

แบบฟอร์มรายงานสรุปข้อร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ
โรงพยาบาลห้างฉัตร

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพฯ ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาวธนิวรา ใจชุ่ม โทรศัพท์ : 054-269506-0

ขอรายงานว่า มีข้อร้องเรียน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566

เดือน / ปี	จำนวนผู้ร้องเรียน (คน)	จำนวนข้อร้องเรียน				ผลการดำเนินงาน		เหตุผลที่ดำเนินการไม่ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด
		ช่องทาง	จำนวน (เรื่อง)	ระดับของข้อร้องเรียน	จำนวน (เรื่อง)	ตอบกลับภายใน 15 วันทำการ (เรื่อง)	ตอบกลับเกิน 15 วันทำการ (เรื่อง)	

ไม่พบผู้ร้องเรียน