แบบ หก.01-2

แบบฟอร์มรับเรื่องร้องเรียนเหตุเดือดร้อนรำคาญ (ทางโทรศัพท์)
ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535

หน่วยงาน.....

เลขที่รับเรื่อง.....**วัน/เดือน/ปี**.....

<u>ข้อมูลของผู้ร้องเรียน</u>

1. ชื่อ-สกุล ผู้ร้องเรียน.....
2. อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ..... จังหวัด.....
3. โทรศัพท์/มือถือ.....อีเมลล์.....
4. ประเภทข้อร้องเรียน ( ) เสียงดัง/เสียงรบกวน ( ) กลิ่นเหม็น
( ) ฝุ่นละออง/เขม่า/ควัน ( ) น้ำเสีย
( ) ของเสียอันตราย/สารเคมี ( ) ขยะมูลฝอย/สิ่งปฏิกูล
( ) ความสั่นสะเทือน ( ) ปัญหาอื่นๆ (ระบุ).....
5. สภาพปัญหา/ลักษณะผลกระทบที่ได้รับ (โดยสรุป) .....
.....
.....
.....
6. ช่วงเวลาที่ได้รับปัญหา .....
7. ผลกระทบต่อสุขภาพ/อาการเจ็บป่วยที่แสดง (ถ้ามี).....
8. เคยแจ้งข้อร้องเรียนไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบหรือไม่ ( ) เคย ( ) ไม่เคย
รายละเอียดการดำเนินงาน.....

ข้อมูลของผู้ถูกร้องเรียน/ผู้ก่อเหตุรำคาญ

1. ชื่อผู้ถูกร้องเรียน/ผู้ก่อเหตุรำคาญ.....
2. สถานที่ตั้ง.....
.....
3. ลักษณะการกระทำ/กระบวนการผลิต (โดยสรุป).....
.....
.....
.....

(ลงชื่อ)..... ผู้รับเรื่อง
(.....)
ตำแหน่ง.....