



โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

โทร. 035-211888 # 1330 ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ

FM UC 2-03

ชื่อ..... HN.....อายุ.....ปี เพศ.....
 คลินิก/หอ..... AN.....วันที่.....เวลา.....
 PID สิทธิ ประกันสุขภาพ ประกันสังคม รพ.....
 Ref no.....ชำระเงินไว้.....บาท วันที่.....

ประเภท ร้องทุกข์ ร้องเรียน ขอชดเชย

ระดับ 1.ไม่รุนแรง 2.ปานกลาง 3.รุนแรง

ผู้แจ้งร้อง บุคคล.....โทร.....

หน่วยงาน.....โทร.....

ข้อปัญหา.....
.....
.....

ผู้รับแจ้ง

เรียน ผู้จัดการความเสี่ยง

เพื่อแจ้งผลการดำเนินการ กระบวนการใกล้เคียงข้อร้องเรียนและคุ้มครองสิทธิประชาชน

วินิจฉัยข้อมูล.....

ชี้แจงผู้ร้องให้ข้อมูล.....

ประสานการเงิน เพื่อถอนเงินคืน

แจ้งกลับผู้ร้อง มีสถานะ End วันที่.....เวลา.....น. รวมเวลา.....

On going โอนเรื่องให้ ศูนย์ความเสี่ยง (RM)/.....

หัวหน้าศูนย์

ทราบ

ผู้จัดการความเสี่ยง

...../...../.....