

แบบฟอร์มข้อร้องเรียน  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เลขที่รับ.....

วันที่.....

เวลา.....

วันที่รับแจ้ง.....เวลา.....น.

ช่องทางการร้องเรียน

ผ่านช่องทาง  โทรศัพท์  E-Mail  Line  เขียนคำร้อง  ภาควิชา

ชื่อผู้รับเรื่อง (กรณีไม่ได้มาเขียนคำร้องเอง)

ชื่อ-ชื่อสกุล.....

ข้อมูลผู้ร้องเรียน

ชื่อ-สกุล (นาย/นางสาว/นพ./พญ.).....รหัสประจำตัว.....ชั้นปี.....

ชั้นปฏิบัติงานภาควิชา.....เบอร์ติดต่อ (มือถือ).....

สรุปประเด็นข้อร้องเรียน

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

ลงชื่อผู้ร้องเรียน.....

(.....)

เรียน หัวหน้างานแพทยศาสตรศึกษาและบริการการศึกษา

.....  
.....

ระดับข้อร้องเรียน.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เรียน รองคณบดีฝ่ายการศึกษา

.....  
.....

ลงชื่อ.....

(.....)

สรุปผลการพิจารณาข้อร้องเรียน

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

วันที่สรุปผล.....จำนวนวันที่แก้ไขปัญหา.....วันทำการ

.....ผู้รายงาน/บันทึก