



ประกาศศูนย์สุขภาพจิตที่ ๙
เรื่อง ช่องทางการรับข้อร้องเรียน แจ้งเบาะแสเกี่ยวกับเรื่องการทุจริต การปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่
โดยมิชอบของเจ้าหน้าที่

ด้วยศูนย์สุขภาพจิตที่ ๙ ได้จัดให้มีระบบรับข้อร้องเรียน แจ้งเบาะแสเกี่ยวกับเรื่องการทุจริตการปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบของเจ้าหน้าที่ ของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียผ่านช่องทางต่างๆ เป็นการควบคุม กำกับ การดำเนินงานในระบบบริหารงานให้เป็นไปด้วยความโปร่งใส ถูกต้อง นั้น

ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๙ จึงกำหนดช่องทางรับข้อร้องเรียน แจ้งเบาะแสเกี่ยวกับเรื่องการทุจริตการปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบของเจ้าหน้าที่ จากผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ดังนี้

ช่องทางที่ ๑ : ร้องเรียนด้วยตนเอง ณ ศูนย์ปฏิบัติการจัดการต่อต้านการทุจริต ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๙

ช่องทางที่ ๒ : ตู้รับฟังข้อคิดเห็น/รับข้อร้องเรียน : ตั้งอยู่บริเวณชั้น ๒ อาคารเภสัชกรรม

ภายในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

ช่องทางที่ ๓ : ทางไปรษณีย์ ส่งถึง ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๙ ศูนย์ปฏิบัติการจัดการต่อต้านการทุจริต เลขที่ ๘๖ ถนนช้างเผือก ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ๓๐๐๐๐

ช่องทางที่ ๔ : E-mail address ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๙ : mhc9dmh@gmail.com , mhc9@dmh.mail.go.th

ช่องทางที่ ๕ : ทางโทรศัพท์ หมายเลข ๐ ๔๔๒๕ ๖๗๒๙

ช่องทางที่ ๖ : ทางโทรสาร หมายเลข ๐ ๔๔๒๕ ๖๗๓๐

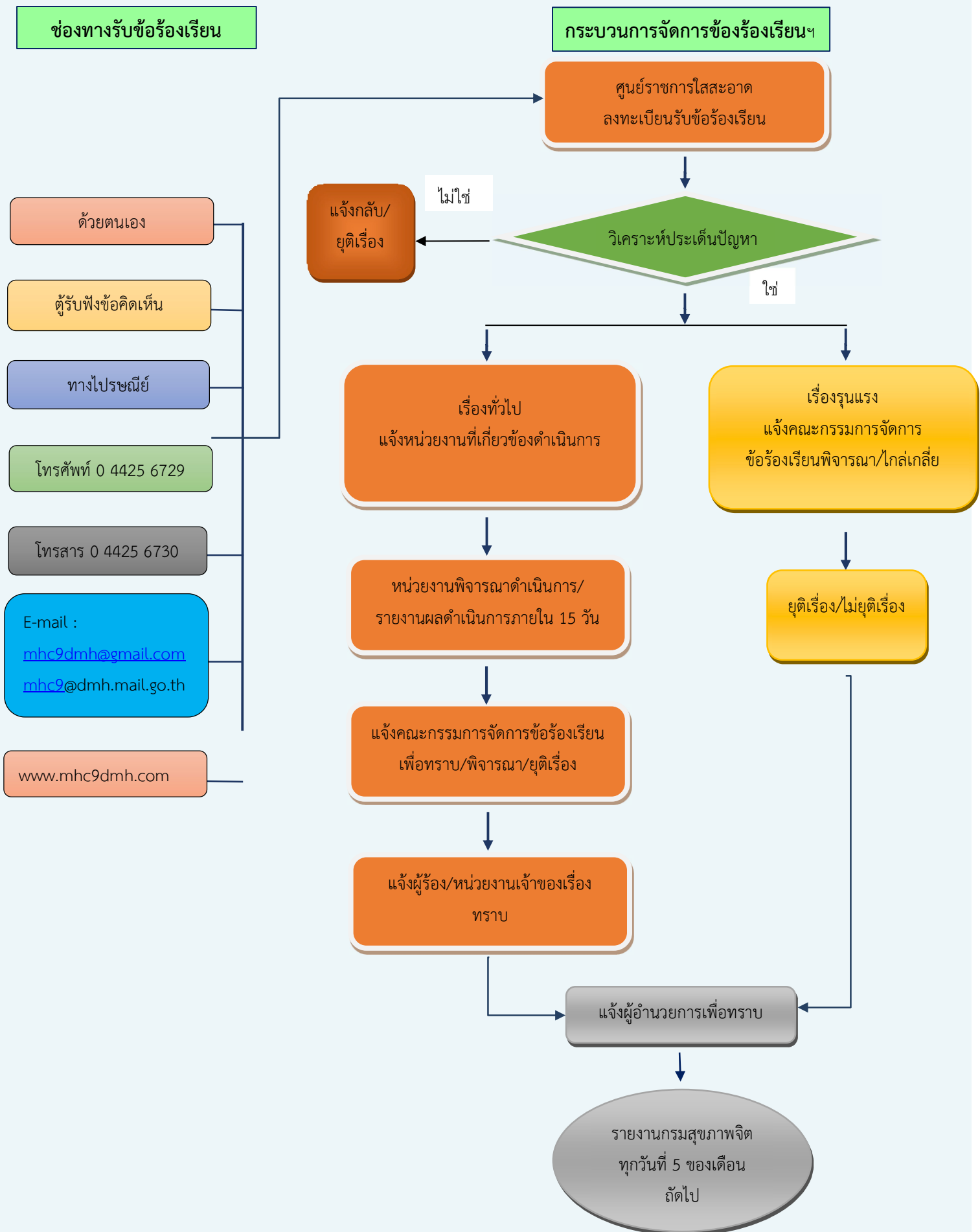
ช่องทางที่ ๗ : เว็บไซต์ ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๙ <http://www.mhc9dmh.com>

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายนิത്യ ทองเพชรศรี)

ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๙

ช่องทางและกระบวนการจัดการข้อร้องเรียน แจ้งเบาะแสเกี่ยวกับเรื่องการทุจริต
การปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบของเจ้าหน้าที่



แบบคำร้องเรียน/แจ้งเบาะแสการทุจริตและประพฤติมิชอบ

ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต
ที่ทำศูนย์สุขภาพจิตที่ ๙
เลขที่ ๘๖ ถนนช้างเผือก ตำบลในเมือง
อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ๓๐๐๐๐

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๙

ข้าพเจ้าอายุ.....ปี

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบลอำเภอ

จังหวัดโทรศัพท์.....อาชีพ

เลขที่บัตรประชาชนออกโดยวัน

ออกบัตรวันหมดอายุ.....มีความประสงค์ขอร้องเรียน/แจ้งเบาะแสการต่อต้าน

การทุจริต เพื่อให้ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๙ พิจารณาดำเนินการตรวจสอบหรือช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาในเรื่อง

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

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำขอเรียน/แจ้งเบาะแสการต่อต้านการทุจริต ตามข้างต้น เป็นจริงทุกประการ โดยข้าพเจ้าขอส่งเอกสารหลักฐานประกอบการร้องเรียน/ร้องทุกข์ (ถ้ามี) ได้แก่

๑)จำนวน.....ชุด

๒)จำนวน.....ชุด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(.....)

(.....)

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๙

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

ลงชื่อ.....

(.....)