

แบบร้องเรียนผลิตภัณฑ์สุขภาพ

1. เลขรับเรื่องร้องเรียน...../..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
2. วิธีการร้องเรียน () โทรศัพท์ () มาด้วยตนเอง () หนังสือร้องเรียน.....ฉบับ () อื่นๆ.....
3. หลักฐานประกอบการร้องเรียน () ไม่มี () มี ได้แก่.....
() สำเนาบัตรประจำตัว ทะเบียนบ้าน () อื่นๆ.....
4. เองไป () ไม่ต้องการให้แจ้งผลกลับ () ต้องการให้แจ้งผลกลับที่.....
5. ชื่อ-สกุลผู้ร้องเรียน.....อายุ.....ปี ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....
6. ชื่อผู้เสียหาย.....อายุ.....ปี ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

7. เรื่องที่ร้องเรียน

ปัญหาสถานที่	ปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพ
ชื่อผู้จำหน่ายผู้ให้บริการ..... ชื่อสถานประกอบการ..... ที่ตั้งเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....	ผลิตภัณฑ์สาเหตุ.....ยี่ห้อ..... เลขทะเบียน/เลขสารบบอาหาร(เลข อย.)..... ชื่อ ที่อยู่ ผู้ผลิต.....
<input type="checkbox"/> เกือบ/ ไม่มีใบอนุญาตผลิต นำเข้า ขาย ประกอบกิจการ <input type="checkbox"/> ทำผิดประเภทใบอนุญาต..... <input type="checkbox"/> การให้บริการ..... <input type="checkbox"/> ระบุ.....	<input type="checkbox"/> หมดอายุ/ปลอม/มีสารห้ามใช้..... <input type="checkbox"/> ไม่มีเลขทะเบียน/ เลขไม่ถูกต้อง..... <input type="checkbox"/> ได้รับอันตรายจากการใช้ที่ ทำตามวิธีใช้ หรือข้อระวัง <input type="checkbox"/> พบโฆษณาโอ้อวด หลอกหลวง เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ <input type="checkbox"/> ไม่แสดงฉลากภาษาไทย ฉลากไม่ครบถ้วน
ระบุ (1 วัน เดือน ปี ที่พบเกิดเหตุ ที่ตั้ง/สภาพแวดล้อมสถานที่เลขอนุญาต พกติดการณ/รูปแบบบริการที่พบ 2 ผลิตภัณฑ์ ข้อมูลฉลาก เลขอนุญาตวันเดือนปีผลิต-หมดอายุ สี กลิ่น รส การเก็บรักษาที่ไหน ถูกวิธีหรือไม่ มีตัวอย่างหรือไม่ ใ้พบปัญหา วันเวลาที่พบ 3 เจอโฆษณาที่ไหน คลื่นวิทยุ/ทีวีช่องไหน เวลาที่ โมง รายการชื่ออะไร ใครเป็นคนพูดอัดไว้หรือไม่มีตัวอย่างเอกสารหรือไม่	

คำแนะนำสำหรับผู้ร้องเรียน () หยุคบริโภค () คินลินค้า () แจ้งผู้ประกอบการโดยตรง () แจ้งความดำเนินคดี

ลงชื่อ.....ผู้ร้องเรียน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับเรื่องร้องเรียน
(.....)

เสนอ..... เพื่อโปรดทราบ ตรวจสอบเบื้องต้นแล้ว เห็นควร..... ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง.....	คำสั่ง..... ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง.....	เรียน..... ดำเนินการ..... ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง.....
--	--	--

จำหน่ายสำหรับส่งเรื่องร้องเรียน

ติด
แสตมป์

กรุณาส่ง กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
331 ม.14 ต.บ้านกล้วย
อ.เมืองสุโขทัย
จ.สุโขทัย
64000