

แบบฟอร์มการร้องเรียนเหตุเดือดร้อนรำคาญ (ด้วยตนเอง)  
ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

เรื่อง.....

เรียน.....

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ ..... จังหวัด.....

โทรศัพท์..... อาชีพ..... ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

มีความประสงค์ขอร้องเรียนปัญหาเหตุเดือดร้อนรำคาญ เพื่อให้ราชการส่วนท้องถิ่นพิจารณาดำเนินการ  
ตรวจสอบข้อเท็จจริงและแก้ไขปัญหาในเรื่อง.....

รายละเอียดดังนี้.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำร้องเรียนตามข้างต้นเป็นจริง โดยข้าพเจ้าขอส่งเอกสารหลักฐาน  
ประกอบการร้องเรียนมาพร้อมนี้แล้ว (ถ้ามี)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ร้องเรียน