โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์

KANCHANADIT

HOSPITAL

# คู่มือปฏิบัติการการดำเนินงาน เรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน

โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์

จังหวัดสุราษฎร์ธานี

| | ระเบียบปฏิบัติ SP –HIS -002 | หน้าที่ 1/4 |
|---|---|---|
| เรื่อง ระบบบริการศูนย์รับเรื่องร้องเรียนหลักประกันสุขภาพ | | ฉบับที่ 1<br>วันที่เริ่มใช้ 1 ก.ค. 2558 |
| ผู้จัดทำ .....<br>(นางมณัญญา ชีตา)<br>ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน<br>ผู้ทบทวน .....<br>(นายดุริยางค์ วาสนา)<br>ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ฯ | ผู้อนุมัติ .....<br>( นายเอกชัย มุกดาพิทักษ์ )<br>ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ | |

วัตถุประสงค์ : 1. พัฒนางานแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนและคุ้มครองสิทธิในหน่วยบริการให้มีมาตรฐาน ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ด้วยความมั่นใจ

2. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติ สามารถถือปฏิบัติตามแนวทาง วิธีการที่กำหนดล่าสุดได้ถูกต้อง

3. สร้างความร่วมมือและประสานงานกันภายในหน่วยบริการเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนต่างๆ

ความรับผิดชอบ/ผู้เกี่ยวข้อง :

**คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล**

ควบคุมกำกับให้มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

**ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาล**

1. ลงทะเบียนคุมออกรหัสเลขที่เอกสารคุณภาพ ระดับSP
2. จัดเก็บสำเนาเอกสารคุณภาพระดับSP จากกลุ่มงานประกันสุขภาพ
3. เก็บคืนและทำลายเอกสารที่หมดอายุการใช้งานซึ่งจัดทำโดยศูนย์คุณภาพและเอกสารที่หมดอายุการจัดเก็บ

**คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง**

ควบคุมกำกับให้มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

**งานประกันสุขภาพ**

1. จัดทำระเบียบปฏิบัติที่จำเป็นต้องปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานอื่น
2. จัดทำวิธีปฏิบัติในหน่วยงานของตน (WI)

หน่วยงานผู้ถือครองเอกสาร : 1. ศูนย์คุณภาพ

2. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

เรื่อง ระบบบริการศูนย์รับเรื่องร้องเรียนหลักประกันสุขภาพ

นิยาม/ข้อกำหนด/ข้อตกลง

1.เรื่องร้องเรียน

1.1 เรื่องร้องเรียนตามมาตรา 57,59 หมายถึง เรื่องร้องเรียนตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ดังนี้

- หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน
- ผู้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร
- ไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่กำหนด

1.2 เรื่องร้องทุกข์ หมายถึง เรื่องที่ประชาชนเดือดร้อน/เรื่องขอความช่วยเหลืออื่นๆ เช่น การลงทะเบียนออกบัตร สิทธิไม่ตรงตามจริง ขอความอนุเคราะห์/ขอความช่วยเหลือต่างๆ เป็นต้น

**2.คำถามทั่วไป เป็นการสอบถามของประชาชนเพื่อขอทราบข้อมูล หรือขอคำปรึกษาในประเด็นต่างๆ ดังนี้**

- เกี่ยวกับการทำบัตรประกันสุขภาพ
- สิทธิประโยชน์การรับบริการ
- วิธีการใช้บริการตามสิทธิ์
- เรื่องอื่นๆ

**3.การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (มาตรา 41)**

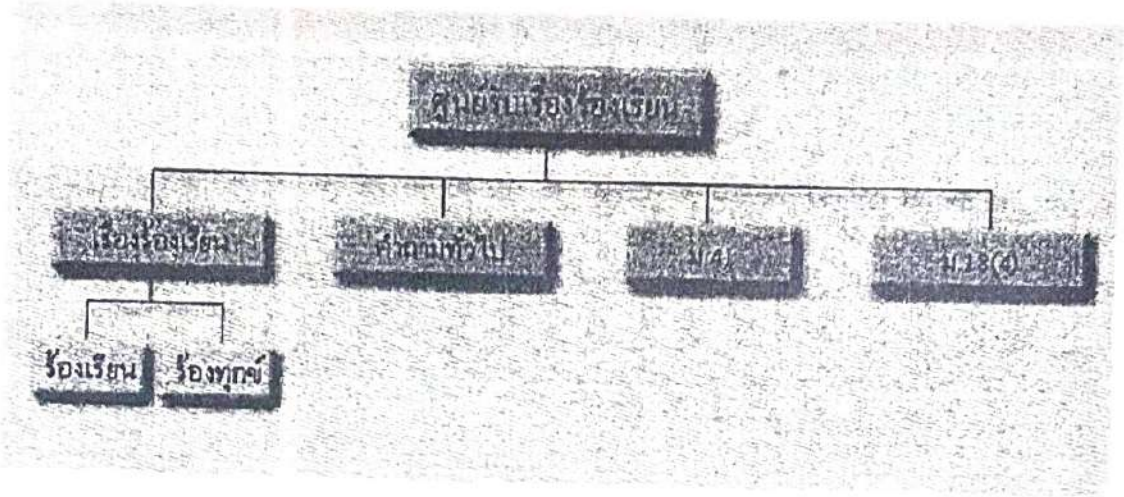
- เป็นการช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล โดยไม่มีการพิสูจน์ถูกผิดโดยคณะอนุกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นจังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นผู้พิจารณาให้แล้วเสร็จภายใน 30วันนับจากวันที่รับเรื่องและหากไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาก็มีสิทธิยื่นอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขได้ ทั้งนี้ ต้องยื่นอุทธรณ์ภายใน 30 วันนับจากวันที่ได้ทราบผลการวินิจฉัย

**4.การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขมาตรา 18(4)**

- เริ่มมีการดำเนินงานเมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2550 เป็นการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนให้แก่ผู้ให้บริการหรือทายาท ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข โดยคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินเพื่อการชดเชยระดับเขตพื้นที่ เป็นผู้พิจารณาวินิจฉัยให้แล้วเสร็จภายใน 30 วันนับจากวันที่รับเรื่องและหากไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาก็มีสิทธิยื่นอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์ ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้ภายใน 30 วันนับจากวันที่ได้ทราบผลการวินิจฉัย

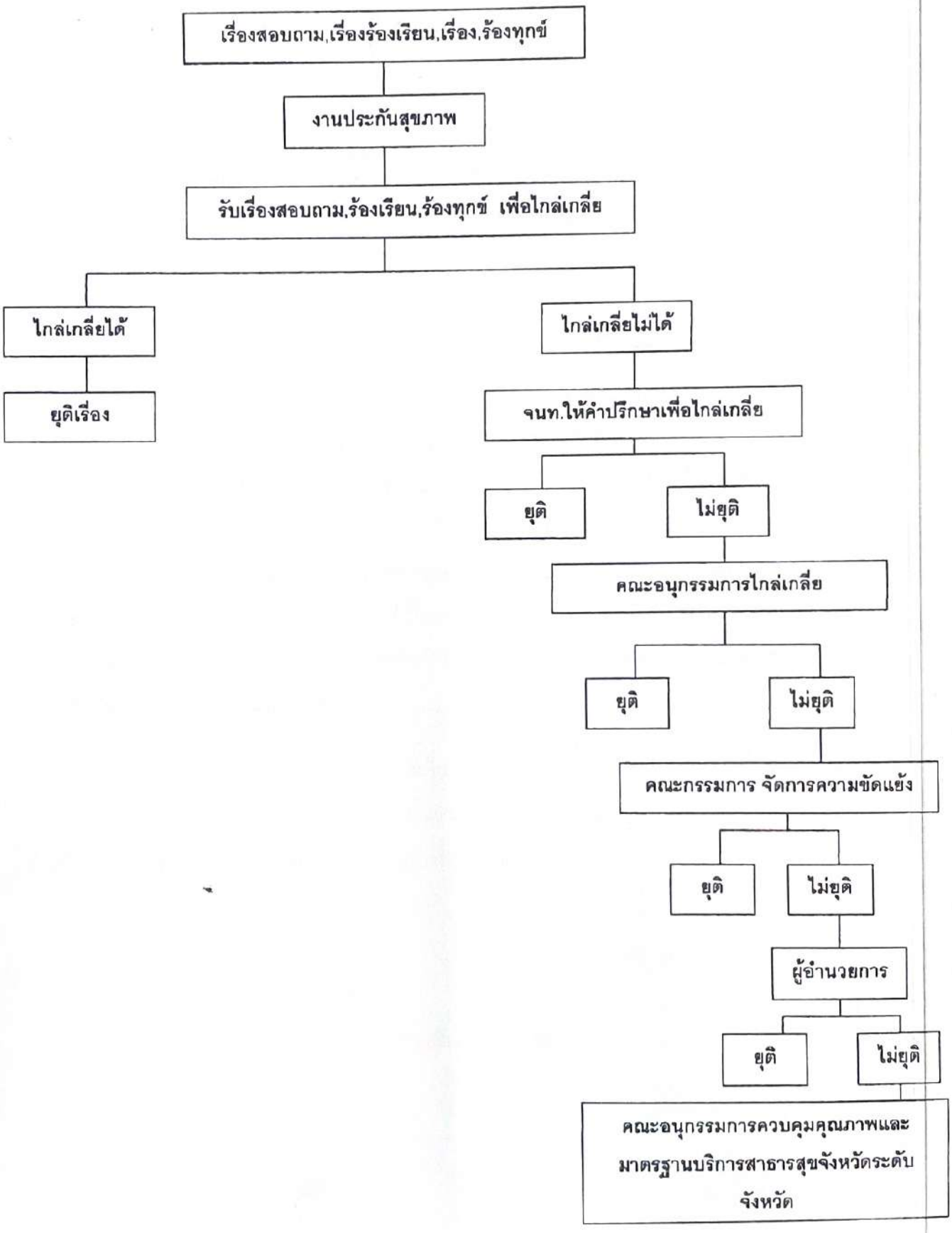
| ระเบียบปฏิบัติ SP –HIS -002 | หน้าที่ 3/4 |
| --- | --- |
| เรื่อง ระบบบริการศูนย์รับเรื่องร้องเรียนหลักประกันสุขภาพ | |

ขอบข่ายการดำเนินงานศูนย์รับเรื่องร้องเรียน



เรื่อง ระบบบริการศูนย์รับเรื่องร้องเรียนหลักประกันสุขภาพ

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน



ภาคผนวก

ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ

โทร.077-244518 – 9 ต่อ 216

โทรสาร 077-255263

เลขที่ปัญหา.....

## แบบรับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์/สอบถาม
## ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์

วันที่รับแจ้ง.....เวลา.....น.

ที่มาของข้อมูล

☐ มาด้วยตนเอง ☐จดหมาย ☐ ตู้แสดงความคิดเห็น ☐ แจ้งทางโทรศัพท์

ชื่อผู้แจ้ง.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....เลขที่บัตรประชาชน☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

รายละเอียดการ ☐ ร้องเรียน ☐ ร้องทุกข์ ☐ สอบถาม ☐ มาตรา41 ☐ มาตรา18(4)

ชื่อ – สกุล ผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN: .....

เข้ารับการรักษาที่แผนก..... วันที่เข้ารับบริการ.....

สิทธิการรักษา ☐ บัตรทอง ☐ ประกันสังคม ☐ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

เลขที่บัตรประชาชน☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ เลขที่บัตร.....

โรงพยาบาลต้นสังกัด.....โรงพยาบาลที่ร้องเรียน.....แผนก.....

รายละเอียดหัวข้อ ☐ ร้องเรียน ☐ ร้องทุกข์ ☐ สอบถาม ☐ มาตรา41 ☐ มาตรา18(4)

☐1. การออกบัตร/ขึ้นทะเบียน ☐ 2.การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ☐ 3.การให้บริการ ☐4.การรักษาพยาบาล

☐5.สิทธิประโยชน์ ☐6.บัตรสนเท่ห์ ☐7. อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับแจ้ง

ตำแหน่ง.....

สำหรับเจ้าหน้าที่รับเรื่อง(การตรวจสอบ/แก้ไขปัญหา/บันทึกข้อมูล)

.....

.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์

การดำเนินการ ☐ปัญหายุติแล้ว ☐ ยังไม่แล้วเสร็จ เนื่องจาก.....

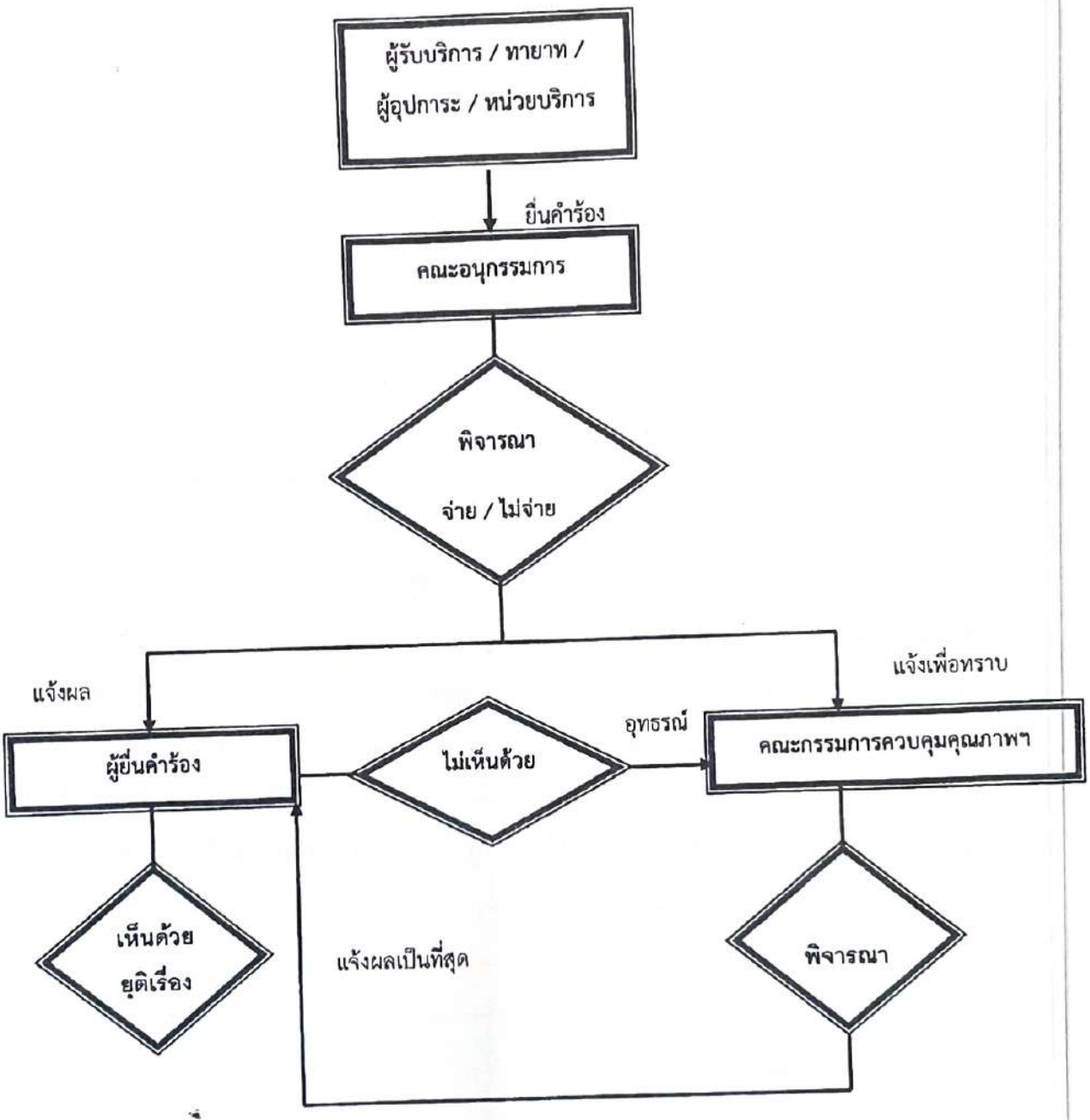
ความคิดเห็นผู้อำนวยการ

.....

.....

# ผังแสดงขั้นตอนการพิจารณาคำร้อง

## ขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการ



# แบบการยื่นคำ

## แบบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น (กรณียื่นคำร้องครั้งแรก)

หน่วยรับเรื่องร้องเรียน.....

วันที่ยื่นคำร้อง.....

1. รายละเอียดของผู้รับบริการ

1.1 ชื่อ – สกุล.....

1.2 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

1.3 อาชีพ.....รายได้..... สถานภาพอื่น ระบุให้ทราบถึงภาระที่ ผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบ(เศรษฐานะ).....

.....

1.4 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....

2. รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาพยาบาล

2.1 ชื่อหน่วยบริการ.....

2.2 สถานที่ตั้ง.....

2.3 วันที่เข้ารับการรักษาพยาบาล.....วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น.....

2.4 เหตุที่เข้ารับการรักษาพยาบาล.....

2.5 ความเสียหายที่เกิดขึ้นได้แก่ บอกเล่าหรือบรรยายถึงเหตุการณ์และความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับและระบุความต้องการ.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ 1 ไม่ต้องกรอก)

3.1 ชื่อ – สกุล .....

3.2 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

3.3 ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

3.4 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....

4. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง (ทั้งของผู้ยื่นคำร้องและผู้รับบริการ)

4.1 .....

4.2 .....

4.3 .....

4.4 .....

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำร้อง

( )

**5. หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามีการมอบอำนาจ)**

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....(ระบุชื่อผู้รับบริการหรือทายาท).....ซึ่งเป็นผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ(ระบุชื่อหน่วยบริการ).....ขอมอบอำนาจให้.....(ระบุชื่อผู้รับมอบอำนาจ).....

เป็นตัวแทนโดยชอบด้วยกฎหมายแทนข้าพเจ้า เพื่อดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ_____ผู้มอบอำนาจ ลงชื่อ _____ผู้รับมอบอำนาจ

( ) ( )

ลงชื่อ_____พยาน ลงชื่อ _____พยาน

( ) ( )

**แบบยื่นคำร้องขออุทธรณ์การรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการ ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล**

หน่วยรับเรื่องคำร้องอุทธรณ์ .....

วันที่.....

**1. รายละเอียดของผู้รับบริการ**

1.1 ชื่อ-สกุล .....

1.2 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน .....

1.3 อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน สถานภาพ.....มีบุตร ..... คน มีภาระที่ต้องรับผิดชอบคือ.....

1.4 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก.....

**2. รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาพยาบาล**

2.1 ชื่อหน่วยบริการ.....

2.2 สถานที่ตั้ง.....

วันที่ทราบความเสียหายที่เกิดขึ้น .....

2.3 เหตุที่เข้ารับการรักษาพยาบาล.....

2.4 ความเสียหายที่เกิดขึ้น.....

2.5 ชื่อ-สกุล.....(ผู้ยื่นคำร้องอุทธรณ์)

2.6 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

2.7 ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

2.8 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก.....

2.9วันที่ทราบผลการวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการฯ.....(ให้แนบสำเนาไปรษณีย์ตอบรับหนังสือแจ้งผลการวินิจฉัยมาด้วย)

2.10 เหตุผลในการยื่นอุทธรณ์ .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้องฯ

3.1 สำเนาทะเบียนบ้าน

3.2 สำเนาทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.3 หลักฐานการรับทราบผลผลการพิจารณา/สำเนาไปรษณีย์ตอบรับของผู้ยื่นคำร้อง

3.4 .....

ลงชื่อ.....ยื่นคำร้อง

**แบบยื่นคำร้องขออุทธรณ์การรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย กรณีผู้ให้บริการ ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข**

หน่วยรับเรื่องคำร้องอุทธรณ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

วันที่.....

**1. รายละเอียดของผู้รับบริการ**

1.5 ชื่อ-สกุล .....

1.6 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน .....

1.7 อาชีพ.....รายได้ .....บาท/เดือน สถานภาพ.....มีบุตร ..... คน มีภาระที่ต้องรับผิดชอบคือ.....

1.8 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก.....

**2. รายละเอียดเกี่ยวกับการให้การบริการรักษาพยาบาล**

2.9 ชื่อหน่วยบริการ.....

2.10 สถานที่ตั้ง .....วันที่ทราบความเสียหายที่เกิดขึ้น .....

2.11 เหตุที่เข้ารับการรักษาพยาบาล.....

2.12 ความเสียหายที่เกิดขึ้น.....

2.13 ชื่อ-สกุล.....(ผู้ยื่นคำร้องอุทธรณ์)

2.14 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

2.15 ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

2.16 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก.....

2.18 วันที่ทราบผลการวินิจฉัยของคระอนุกรรมการฯ.....(ให้แนบสำเนาไปรษณีย์ตอบรับหนังสือแจ้งผลการวินิจฉัยมาด้วย)

2.19 เหตุผลในการยื่นอุทธรณ์ .....

.....

**3. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้องฯ**

3.1 สำเนาบัตรประชาชน

3.2 หลักฐานการรับทราบผลผลการพิจารณา/สำเนาไปรษณีย์ตอบรับของผู้ยื่นคำร้อง

3.3 .....

ลงชื่อ.....ยื่นคำร้อง

## แบบยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยของผู้ให้บริการ

ชื่อหน่วยรับคำร้อง.....

วันที่ยื่นคำร้อง.....

1. รายละเอียดของผู้ให้บริการ

**1.1 ชื่อ – สกุล** .....

1.2 ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ(ระบุชื่อ).....

.....

1.3 ตำแหน่ง.....

ลักษณะงานที่รับผิดชอบ (ระบุงานในหน้าที่ที่รับผิดชอบ).....

.....

.....

1.4 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....

2. รายละเอียดเกี่ยวกับความเสียหายจากการให้บริการ

2.1 ให้บริการแก่ผู้รับบริการราย(ระบุชื่อ).....

.....

2.2 สิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพของผู้รับบริการ (มีสิทธิบัตรทอง) ( ) มี ( ) ไม่มี

2.3 วันที่มีความเสียหายเกิดขึ้นหรือวันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น.....

2.4 เหตุและความเสียหายที่เกิดขึ้น (บรรยายถึงเหตุการณ์และความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับอย่างชัดเจน ถ้ามีบาดแผลให้บอกลักษณะบาดแผล การรักษาที่ได้รับและระยะเวลาที่ต้องรักษาตัว ควรมีภาพประกอบความเสียหาย บรรยายเพิ่มเติมเป็นเอกสารแนบได้.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ 1 ไม่ต้องกรอก)

3.1 ชื่อ – สกุล .....

3.2 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

3.3 ความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ.....

3.4 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....

4. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง (ทั้งของผู้ยื่นคำร้องและผู้รับบริการ)

4.1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวที่หน่วยบริการออกให้

4.2 สำเนาเวชระเบียนของผู้ให้บริการ และ/หรือ ใบรับรองแพทย์

4.3 ใบตรวจสอบสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพของผู้รับบริการ พร้อมสำเนาเวชระเบียนของผู้รับบริการ (ช่วงที่มารักษาและทำให้ผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย)

ลงชื่อ..... ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

**5. หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามีการมอบอำนาจ)**

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล).....ซึ่งเป็น ( ) ผู้ให้บริการ ( ) ทายาท ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการ ขอมอบอำนาจให้ (ระบุชื่อผู้รับมอบอำนาจ).....เป็นตัวแทนโดยชอบด้วยกฎหมายแทนข้าพเจ้า เพื่อดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการ

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ_____ผู้มอบอำนาจ ลงชื่อ _____ผู้รับมอบอำนาจ

( ) ( )

ลงชื่อ_____พยาน ลงชื่อ _____พยาน

( ) ( )

**แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค**
**โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี**
**ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**
**เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๙**
**สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

**แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

**ชื่อหน่วยงาน :** โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
**วัน/เดือน/ปี :** ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๙

**หัวข้อ :** MOIT ๙ หน่วยงานมีแนวปฏิบัติการจัดการเรื่องร้องเรียน และช่องทางการร้องเรียน
**รายละเอียดข้อมูล**

๑. คู่มือการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานที่มีแบบฟอร์มการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน
๒. คู่มือปฏิบัติงานการรับเรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ ที่มีแบบฟอร์มการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน
๓. หลักฐานที่แสดงถึงช่องทางการร้องเรียน
๔. แบบฟอร์มการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน
๕. **Link ภายนอก :** ไม่มี

**หมายเหตุ**
.....
.....

**ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล**

(นางสาวรัชติกาญจน์ สมทรง)
นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ
วันที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๙

**ผู้อนุมัติรับรอง**

(นางสาวอุไรวรรณ แก้วพิชัย)
นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์
วันที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๙

**ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่**

(นางสาวปาณิสรา บุญเพิ่ม)
เจ้าพนักงานเครื่องคอมพิวเตอร์
วันที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๙