



คู่มือการจัดการข้อร้องเรียน

ร้องเรียนการปฏิบัติงาน
หรือการบริการของเจ้าหน้าที่
ร้องเรียนเรื่องทั่วไป

โรงพยาบาลแม่ลาน้อย อำเภอแม่ลาน้อย
จังหวัดแม่ฮ่องสอน

สารบัญ

	หน้า
หลักการและเหตุผล	๑
ขอบเขตการจัดทำคู่มือปฏิบัติงานการจัดการซื้อโรงเรียน	๑
วัตถุประสงค์	๑
คำจำกัดความ	๒
ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	๓
ส่วนงานที่รับผิดชอบ	๔
ระยะเวลาดำเนินการ	๔
การตอบสนองต่อเรื่องร้องเรียน	๔
วิธีการที่บุคคลภายนอกจะทำการร้องเรียน	๕
ช่องทางการร้องเรียน	๕
เอกสารประกอบ	๖

คู่มือปฏิบัติงานการจัดการข้อร้องเรียน โรงพยาบาลแม่ลาน้อย อำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน

๑. หลักการและเหตุผล

พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการการเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖ ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติราชการ มุ่งให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนให้เกิดความผาสุกและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน เกิดผลสัมฤทธิ์ต่องานบริการที่มีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่าในการให้บริการ ไม่มีขั้นตอนปฏิบัติงานเกินความจำเป็น มีการปรับปรุงภารกิจให้ทันต่อสถานการณ์ ประชาชนได้รับการอำนวยความสะดวกและได้รับการตอบสนองความต้องการ และมีการประผลการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ

๒. ขอบเขตการจัดทำคู่มือปฏิบัติงานการจัดการข้อร้องเรียน

เพื่อจัดการเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ ของโรงพยาบาลแม่ลาน้อย เป็นไปด้วยความถูกต้อง บริสุทธิ์ ยุติธรรม และเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยความรวดเร็วประสพผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม อีกทั้งเพื่อเป็นการกำหนดรูปแบบขั้นตอนการรับ การตรวจสอบ การบันทึก การวิเคราะห์ การแจ้งผู้ร้องเรียน การประสานผู้ที่เกี่ยวข้อง/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ปรับปรุงแก้ไข

๓. วัตถุประสงค์

๔.๑ เพื่อให้การดำเนินงานจัดการข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ ของโรงพยาบาลแม่ลาน้อย มีขั้นตอน/กระบวนการ และแนวทางการปฏิบัติงานเป็นมาตรฐานเดียวกัน

๔.๒ เพื่อให้มั่นใจว่าได้มีการปฏิบัติตามข้อกำหนด ระเบียบ หลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจัดการข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ ที่กำหนดไว้อย่างสม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพ และเป็นหลักประกันความยุติธรรมในการดำเนินการ

๔. คำจำกัดความ

การจัดการข้อร้องเรียน มีความหมายครอบคลุมถึงการจัดการในเรื่องข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์/ข้อเสนอแนะ/คำชมเชย/การสอบถามหรือการขอข้อมูล

ข้อร้องเรียน หมายถึง เรื่องร้องเรียนต่างๆ โดยแบ่งออกเป็น ๕ เรื่องหลักๆ ดังนี้

- เรื่องขอรับความช่วยเหลือ
- เรื่องได้รับความเดือดร้อน
- เรื่องขอความเป็นธรรม
- เรื่องการทุจริต/ การปฏิบัติหน้าที่/ละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรของหน่วยงานสาธารณสุข
- เรื่องอื่นๆ

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมายถึง ผู้ที่ได้รับผลกระทบ ทั้งทางบวกและทางลบ ทั้งทางตรงและ ทางอ้อม จากการดำเนินการของส่วนราชการ เช่น ประชาชนใน ชุมชน/หมู่บ้าน

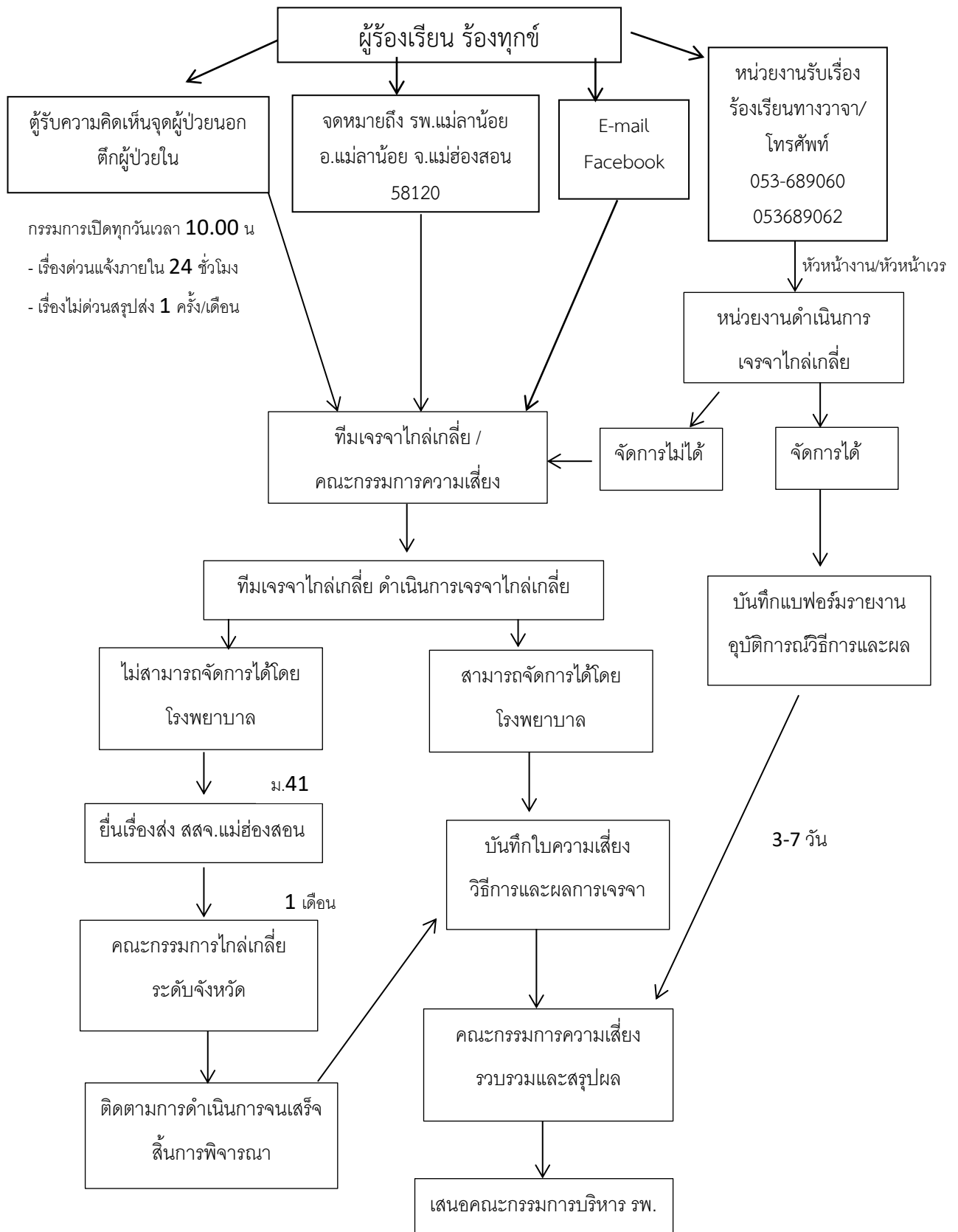
ผู้ร้องเรียน หมายถึง ประชาชนทั่วไป / ผู้มีส่วนได้เสียที่มาติดต่อยังศูนย์รับเรื่องร้องเรียน โรงพยาบาลแม่ข่ายผ่านช่องทางต่างๆโดยมีวัตถุประสงค์ครอบคลุมการร้องเรียน/ การให้ข้อเสนอแนะ/ การให้ข้อคิดเห็น/การ ชมเชย/การร้องขอข้อมูล

เรื่องร้องเรียน หมายถึง ความเดือดร้อนเสียหายอันเกิดจากการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆของเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข เช่นการประพฤติมิชอบตามประมวลจริยธรรมข้าราชการพลเรือนและจรรยาข้าราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หรือพบความผิดปกติในกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างในส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุข การบรรจุแต่งตั้งข้าราชการ พนักงานราชการและลูกจ้าง ข้อเสนอแนะ หรือข้อคิดเห็นต่างๆ

ช่องทางการรับข้อร้องเรียน หมายถึง ช่องทางต่างๆ ที่ใช้ในการรับเรื่องร้องเรียนเช่นติดต่อด้วยตนเอง ร้องเรียน ทางโทรศัพท์

การดำเนินการเรื่องร้องเรียน หมายถึง เรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ที่ได้รับ ผ่านช่องทางการร้องเรียนต่างๆ มาเพื่อทราบ หรือพิจารณาดำเนินการแก้ไขปัญหาตามอำนาจหน้าที่

๕. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน



เรื่องร้องเรียนทั่วไป ติดต่อ กลุ่มการพยาบาล 053-689060 ต่อ 114 ,101

เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการจัดซื้อ จัดจ้าง ติดต่อ กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป 053-689060 ต่อ 106 ,103

เรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ ติดต่อ กลุ่มงานเภสัชและคุ้มครองผู้บริโภค 053-689060 ต่อ 116

เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับกรณีได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ติดต่อ กลุ่มงานประกันฯ 053-689060 ต่อ 120 ,111

๖. ส่วนงานที่รับผิดชอบ

๑. กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป โรงพยาบาลแม่ลาน้อย รับเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการทุจริตและประพฤติมิชอบและรับเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้าง
๒. กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลแม่ลาน้อย รับเรื่องร้องเรียนทั่วไป
๓. กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข โรงพยาบาลแม่ลาน้อย รับเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ
๔. กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์โรงพยาบาลแม่ลาน้อย รับเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับกรณีได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

๗. ระยะเวลาดำเนินการ

ลำดับ	ประเภท	เวลาในการดำเนินการ
๑.	ผู้ร้องเรียนติดต่อเพื่อ ขอเสนอแนะ/ให้ความเห็น/สอบถามข้อมูล/ขอข้อมูล	ไม่เกิน ๓ วันทำการ
๒.	ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อนสามารถแก้ไขได้โดยโรงพยาบาลแม่ลาน้อย	ไม่เกิน ๓๐ วันทำการ
๓.	ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อนไม่สามารถแก้ไขได้โดยโรงพยาบาลแม่ลาน้อย	ไม่เกิน ๓๐ วันทำการ หรือตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในเรื่องนั้นๆ

๘. การตอบสนองต่อเรื่องร้องเรียน

ช่องทาง	ความถี่ในการตรวจสอบ	ระยะเวลาดำเนินการรับข้อร้องเรียนเพื่อประสาน
ติดต่อด้วยตนเอง	ทุกครั้งที่มีผู้มาติดต่อ	ภายใน ๑ วัน
โทรศัพท์	ทุกครั้งที่มีโทรศัพท์เข้ามา	ภายใน ๑ วัน
หนังสือ หรือโทรสาร	ทุกครั้งที่มีหนังสือหรือโทรสารเข้ามา	ภายใน ๑ วัน นับจากวันทำงาน สารบรรณลงเลขรับหนังสือ
ผู้รับความคิดเห็น	ทุกครั้งที่มีพบว่ามีเอกสาร ในวันราชการโดยเจ้าหน้าที่กรรมการความเสี่ยง	เปิดผู้รับความคิดเห็นและประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภายใน ๑ วัน
Internet	ทุกวันทำการ	กรรมการบริหารความเสี่ยงและประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภายใน ๑ วัน
เรื่องแจ้งผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน	ทุกครั้งที่มีหนังสือ เข้ามา	ภายใน ๑ วัน นับจากวันทำงาน สารบรรณลงเลขรับหนังสือ

๙. วิธีการที่บุคคลภายนอกจะทำการร้องเรียน

๑. ใชถอยคำหรือข้อความที่สุภาพ และต้องมี

๑.๑ วัน เดือน ปี

๑.๒ ชื่อ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์หรือไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถติดต่อถึงผู้ร้องเรียนได้

๑.๓ ขอให้จริง หรือพฤติการณ์ของเรื่องที่ร้องเรียนเกี่ยวกับการปฏิบัติงานการรับเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ มีความชัดเจนเพียงพอที่สามารถดำเนินการสืบสวน สอบสวนได้

๑.๔ ระบุพยานบุคคล พยานเอกสาร พยานวัตถุ (ถ้ามี)

๑.๕ ขอร้องเรียนเกี่ยวกับการปฏิบัติงานการรับเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ต้องเป็นเรื่องจริงที่มีมูลเหตุ มีไต่หวังสร้างกระแสหรือกลั่นแกล้งให้ผู้อื่นเสียหาย หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของเสียหาย

๑.๖ ขอร้องเรียนเกี่ยวกับการปฏิบัติงานการรับเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่เพียงพอ หรือไม่สามารหหาข้อมูลเพิ่มเติมได้ในการดำเนินการตรวจสอบ สืบสวนสอบสวนขอเท็จจริงได้นั้น ผู้บริหารสั่งใหญ่ติเรื่อง และเก็บเป็นฐานข้อมูลในการเฝ้าระวังความเสี่ยง อันอาจจะเกิดการปฏิบัติงานการรับเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่

๑๐. ช่องทางการรับเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่

๑. หมายเลขโทรศัพท์ ๐๕๓-๖๘๙๐๖๐, ๐๕๓-๖๘๙๐๖๒

๒. หมายเลขโทรสาร ๐๕๓๖๘๙๐๖๒

๓. ผู้รับความคิดเห็นตั้งอยู่ที่ตึกผู้ป่วยนอก และตึกผู้ป่วยใน

๔. Face Book โรงพยาบาลแม่ลาน้อย

๕. ติดต่อด้วยตนเองที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศ ทางกรกแพทยโรงพยาบาลแม่ลาน้อย

เอกสารประกอบ

แบบฟอร์มรายงานอุบัติการณ์ โรงพยาบาลแม่ลาน้อย HOIR NO.....
 เหตุการณ์เกิดวันที่.....เวลา.....วันที่เขียนรายงาน.....
 หน่วยงานผู้พบเหตุการณ์.....หน่วยงานที่เกิดเหตุการณ์.....
 บรรยายเหตุการณ์ (ไม่พอด้านหลัง).....

กิจกรรมการแก้ไขเบื้องต้น

แก้ไขไม่ได้ (ประสานหน่วยงานแล้วแก้ไขไม่ได้ / ส่ง RM) แก้ไขได้ เสร็จสิ้นในวันที่.....

ระดับความรุนแรงด้านคลินิกและด้านยา	A	B	C	D	E	F	G	H	I
------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

ระดับความรุนแรงด้านทั่วไป	1	2	3	4	5
---------------------------	---	---	---	---	---

ที่ประเมินได้ระดับนี้เพราะ.....

ลงชื่อ.....ผู้พบ / รายงาน (.....)	หัวหน้ากลุ่มงานรับทราบ ลงชื่อ..... หัวหน้ากลุ่มงาน/งาน เหตุการณ์เคยเกิดในกลุ่มงานหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ครั้งที่..... ความต้องการหน่วยงาน <input type="checkbox"/> เปิดเผยได้ <input type="checkbox"/> ลับ
ข้อเสนอแนะของหัวหน้ากลุ่มงาน	

สำหรับงานบริหารความเสี่ยง รายงานไปที่

- ผู้อำนวยการโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ผ่านหน่วยงานหลัก.....
- นำเข้าทีมนำ ทีมคร่อมสายงาน หน่วยงาน.....วันที่.....
- ประเภทอุบัติการณ์
- ทางคลินิก ระบบยา การป้องกันควบคุมการติดเชื้อ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในโรงพยาบาล
- อาชีวอนามัยและความปลอดภัยต่อเจ้าหน้าที่ อื่นๆ เช่น สิทธิผู้ป่วย/พฤติกรรมบริการ/ เครื่องมือ ฯลฯ
- อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นเป็นอุบัติการณ์ เกิดขึ้นใหม่ เคยเกิดมาแล้ว ครั้งที่.....

แบบยื่นคำร้อง

แบบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น (มาตรา 41)

หน่วยรับเรื่องร้องเรียน.....

วันที่ยื่นคำร้อง.....

1. รายละเอียดของผู้รับบริการ

1.1. ชื่อ - สกุล.....

1.2. เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

1.3. อาชีพ.....รายได้.....สถานภาพอื่น.....

1.4. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

โทรศัพท์.....

2. รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาพยาบาล

2.1. ชื่อหน่วยบริการ.....

2.2. สถานที่ตั้ง.....

2.3. วันที่เข้ารับการรักษาพยาบาล.....

2.4. เหตุที่เข้ารับการรักษาพยาบาล.....

2.5. วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น.....

2.6. ความเสียหายที่เกิดขึ้นได้แก่.....

รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (กรณีผู้ยื่นคำร้องไม่ใช่เป็นผู้รับบริการ)

2.7. ชื่อ - สกุล.....

2.8. เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

2.9. ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

2.10. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

โทรศัพท์.....

3. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง

3.1.

3.2.

3.3.

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

4. หนังสือมอบอำนาจ

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้รับบริการ
 ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ.....ขอมอบ
 อำนาจให้.....เป็นตัวแทนโดยชอบด้วยกฎหมายแทนข้าพเจ้า เพื่อ
 ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ
 ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้
 เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

แบบบันทึกเรื่องร้องเรียน

เลขที่ปัญหา.....

วันที่รับแจ้ง.....เวลา.....น.

ข้อมูลการรับเรื่อง

ชื่อผู้แจ้ง.....ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....

ช่องทางรับเรื่อง.....ผู้รับเรื่อง.....

ข้อมูลผู้รับบริการ

ชื่อผู้รับบริการ.....

เลขที่ประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ปี เพศ.....

สิทธิ.....เลขที่บัตรประกันสุขภาพ.....จังหวัดที่ลงทะเบียน.....

หน่วยบริการปฐมภูมิ.....หน่วยบริการรับส่งต่อ.....

รายละเอียดเรื่องร้องเรียน

ประเด็นเรื่องร้องเรียน.....

หน่วยบริการที่ถูกร้องเรียน.....จังหวัด.....

สรุปประเด็นเรื่องร้องเรียน

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

สถานะของเรื่อง.....

สรุปยุติเรื่องร้องเรียน

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

วันที่ยุติ.....จำนวนวันที่แก้ไขปัญหา.....วันทำการ

.....ผู้รายงาน/ผู้บันทึก

แบบแจ้งผลการดำเนินการต่อเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียน

ที่ มส.0032.303/.....

โรงพยาบาลแม่ลาน้อย

อ.แม่ลาน้อย จ.แม่ฮ่องสอน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง แจ้งผลการดำเนินการต่อเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียน

เรียน.....

ตามที่โรงพยาบาลแม่ลาน้อย ได้แจ้งตอบรับการรับเรื่องร้องทุกข์/ร้องเรียนของท่านตามที่ท่านได้ร้อง
ทุกข์/ร้องเรียนไว้ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

โรงพยาบาลแม่ลาน้อย ได้รับแจ้งผลการดำเนินการจากส่วนราชการ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตาม
ประเด็นที่ท่านได้ร้องทุกข์/ร้องเรียนแล้ว ปรากฏข้อเท็จจริงโดย

สรุปโดย

.....
.....

.....ดังมีรายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาพร้อมนี้
ทั้งนี้ หากท่านไม่เห็นด้วยประการใด ขอให้แจ้งคัดค้านพร้อมพยานหลักฐานประกอบด้วย

จึงแจ้งมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวสุพรรณษา ศรีชุ่มจิตร)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลแม่ลาน้อย

โรงพยาบาลแม่ลาน้อย

โทร 053 689-๐๖๐

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการโรงพยาบาลแม่ลาน้อย
ตามประกาศโรงพยาบาลแม่ลาน้อย
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๑
สำหรับหน่วยงานในราชการโรงพยาบาลแม่ลาน้อย

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดโรงพยาบาลแม่ลาน้อย	
<p>ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลแม่ลาน้อย</p> <p>วัน/เดือน/ปี : ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๗</p> <p>หัวข้อ : ๑. คู่มือการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน</p> <p>๒. คู่มือปฏิบัติงานการรับเรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ</p> <p>๓. หลักฐานที่แสดงถึงช่องทางการร้องเรียน</p> <p>รายละเอียดข้อมูล</p> <p>๑. คู่มือการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน</p> <p>๒. คู่มือปฏิบัติงานการรับเรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ</p> <p>๓. หลักฐานที่แสดงถึงช่องทางการร้องเรียน</p> <p>Link ภายนอก : ไม่มี</p> <p>หมายเหตุ :</p> <p>.....</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล</p> <p>ณริศา ใจแก้ว (นางสาวณริศา ใจแก้ว)</p> <p>ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ</p> <p>วันที่ ๒๘ เดือนมีนาคม พ.ศ.๒๕๖๗</p>	<p>ผู้อนุมัติรับรอง</p> <p>สุพรรณษา ศรีชุ่มจิตร์ (นางสาวสุพรรณษา ศรีชุ่มจิตร์)</p> <p>ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ</p> <p>วันที่ ๒๘ เดือนมีนาคม พ.ศ.๒๕๖๗</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่</p> <p>เมธาวี ศรีไฉ</p> <p>(นายเมธาวี ศรีไฉ)</p> <p>ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเครื่องคอมพิวเตอร์</p> <p>วันที่ ๒๘ เดือนมีนาคม พ.ศ.๒๕๖๗</p>	