



แบบฟอร์ม:แบบแสดงความคิดเห็นหรือข้อร้องเรียน
โรงพยาบาลรามาริบัติ

F-WI-RH-CQ 202/02,
Rev 00

วันที่.....
(Date)

ข้อมูลการชื่นชม
(Praise)

บุคลากร.....
(Personnel)

สถานที่.....
(Place / Unit /Ward)

บุคคล/หน่วยงาน/สถานที่ ที่ท่านต้องการแสดงความคิดเห็นหรือร้องเรียน
(Feedback to Personnel/Place / Unit /Ward)

รายละเอียด ข้อคิดเห็น / ข้อร้องเรียน.....
(Detail)



แบบฟอร์ม:แบบแสดงความคิดเห็นหรือข้อร้องเรียน
โรงพยาบาลรามาธิบดี

F-WI-RH-CQ 202/02,
Rev 00

ข้อมูลผู้ป่วย/ผู้ร้องเรียน
(Patient / Customer Informations)

ชื่อ-สกุล
(Name)

เลขประจำตัวผู้ป่วย
(Hospital Number : HN)

ท่านต้องการให้ติดต่อกลับหรือไม่ ไม่ต้องการ ต้องการ

กรุณาระบุที่อยู่/หมายเลขโทรศัพท์/อีเมล ที่ติดต่อได้
(Contact Detail : Address / Phone Number / E-Mail)

เรารู้สึกขอบคุณที่ปรึกษาและควบคุมคุณภาพการบริการรักษาพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
พร้อมเรียนรู้และพัฒนาบริการให้ทันสมัย รับผิดชอบต่อความต้องการที่เปลี่ยนแปลง
ขอขอบคุณมา ณ ที่นี้

Thank you for your information and feedback to our services.

We will use this as a part of our improvement and develop for our service quality in the future.

Section of the Customer Protection and Quality Control of Hospital Services
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University