

รายงานผลสะท้อนกลับ ข้อร้องเรียน

วันที่รับข้อมูล: _____ ช่องทางข้อมูล: [] โทรศัพท์ [] อี-เมล [] การประชุม [] อื่นๆ _____

รายละเอียดผู้แจ้งข้อมูล: _____

รายละเอียดข้อมูลผลสะท้อนกลับ หรือข้อร้องเรียน: _____

QMR พิจารณาข้อมูลที่เกิดจากกิจกรรม กระบวนการตรวจ: ผู้รับข้อมูล: _____

[] ไม่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมแจ้งกลับวันที่ _____

[] เกี่ยวข้องกับกิจกรรมแจ้งหัวหน้าฝ่ายที่เกี่ยวข้องดำเนินการวันที่ _____

หัวหน้าฝ่ายที่เกี่ยวข้องดำเนินการ:

สาเหตุ: _____

แนวทางแก้ไข: _____

วันที่แล้วเสร็จ _____

QMR พิจารณาแนวทางการแก้ไข ครั้งที่ 1:

[] ยอมรับ แจ้งกลับผู้แจ้งข้อมูลวันที่ _____

[] ไม่ยอมรับ แจ้งหัวหน้าฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ระบุแนวทางการแก้ไขใหม่ครั้งที่ 2 วันที่ _____

[] ไม่ยอมรับ แจ้งหัวหน้าฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ระบุแนวทางการแก้ไขใหม่ครั้งที่ 3 วันที่ _____

ติดตามประสิทธิผลการแก้ไขครั้งที่ 1 : [] ยอมรับ [] ไม่ยอมรับ ติดตามครั้งที่ 2 วันที่ _____

ติดตามประสิทธิผลการแก้ไขครั้งที่ 2 : [] ยอมรับ [] ไม่ยอมรับ แจ้งผู้บริหารสูงสุดวันที่ _____

(ถ้ามี) ผู้บริหารสูงสุดสั่งการ วันที่: _____

QMR แจ้งกลับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย วันที่: _____