

**คู่มือการปฏิบัติงานเรื่องร้องเรียน  
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า**

## หน้าที่ของ “ ศูนย์รับข้อร้องเรียน ”

“ ศูนย์รับข้อร้องเรียน ” ทำหน้าที่จัดการข้อร้องเรียน เกี่ยวกับการปฏิบัติงานหรือให้บริการของเจ้าหน้าที่ในสังกัดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า ที่มาจาก ช่องทางการรับข้อร้องเรียนต่างๆ โดยให้มีเจ้าหน้าที่ เป็นเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์รับข้อร้องเรียน

### เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบประจำศูนย์รับข้อร้องเรียน

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่าได้มอบหมายให้ นางพัชรินทร์ ด้านพงษ์ประเสริฐ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้รับข้อร้องเรียน มีหน้าที่รับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ ลงทะเบียนรับเรื่อง แยกเรื่องและส่งเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ ให้คณะกรรมการประจำศูนย์รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ พิจารณา สั่งการต่อไป

### ช่องทางการติดต่อแจ้งข้อร้องเรียน

กรณีผู้รับบริการต้องการแจ้งข้อร้องเรียน ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ และคำชมเชยเกี่ยวกับการปฏิบัติงานหรือให้บริการของเจ้าหน้าที่สำนักงาน สามารถแจ้งผ่านช่องทางต่างๆ ดังนี้

(๑) ติดต่อด้วยตนเอง โดยผู้รับบริการสามารถรับแบบฟอร์มแจ้งข้อร้องเรียน ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ และคำชมเชยได้ที่เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์รับข้อร้องเรียน

(๒) จดหมายโดยเจ้าหน้าที่ของถึง “ ศูนย์รับข้อร้องเรียน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า ” เลขที่ ๑๘๐ หมู่ ๑ ตำบลนาแซง อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ ๖๗๑๒๐

(๓) ทางโทรศัพท์ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ ๐๘๖-๙๓๐๓๖๓๖ หรือโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า หมายเลข ๐๕๖-๗๐๙๕๕๕๕ ต่อ ๑๒๒

(๔) ทาง <http://www.lomkaohospital.com>

(๕) ผู้รับฟังความคิดเห็นของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า

(๖) ช่องทางอื่น ๆ เช่น ศูนย์ดำรงธรรม กระทรวงมหาดไทย หรือศูนย์บริการประชาชน สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี โทรศัพท์ หมายเลข ๑๑๑๑ เป็นต้น

กรณีเป็นการร้องเรียนผ่านทางสื่อมวลชน (สิ่งพิมพ์ วิทยุกระจายเสียง และวิทยุโทรทัศน์) ศูนย์รับข้อร้องเรียน สามารถบันทึกข้อร้องเรียนในแบบฟอร์มแจ้งข้อร้องเรียนพร้อมพยานหลักฐานที่เกี่ยวข้องของเสนอเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายพิจารณาตามที่เหมาะสม

### ประเภทของการจัดการกระบวนการ

กระบวนการจัดการข้อร้องเรียน แบ่งออกเป็น ๒ ประเภท กล่าวคือ

(๑) กระบวนการจัดการข้อร้องเรียนเกี่ยวกับเรื่องทั่วไป

(๒) กระบวนการจัดการข้อร้องเรียนเรื่องการทุจริตและประพฤติมิชอบ

## กระบวนการจัดการข้อร้องเรียน

กระบวนการจัดการข้อร้องเรียน ดังนี้

(๑) เมื่อได้รับข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ หากข้อร้องเรียนนั้นมิได้ทำเป็นหนังสือให้จัดให้มีการบันทึกข้อร้องเรียนดังกล่าวลงในแบบฟอร์มแจ้งข้อร้องเรียน ซึ่งจะต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๑ วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับข้อร้องเรียน

(๒) ให้ศูนย์รับข้อร้องเรียน สรุปข้อเท็จจริงเรื่องที่ร้องเรียน และเสนอข้อร้องเรียนนั้นไปยังคณะกรรมการศูนย์โดยไม่ชักช้า ซึ่งจะต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๑ วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับข้อร้องเรียน หากไม่สามารถดำเนินการภายในระยะเวลาดังกล่าวให้ชี้แจงเหตุผล ประกอบด้วย

(๓) ประธานศูนย์หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายพิจารณาสั่งการ ภายใน ๒ วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับข้อร้องเรียนจากศูนย์รับข้อร้องเรียน

ทั้งนี้ให้คณะกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อดำเนินการจัดการข้อร้องเรียน แก้ไขปัญหาและปรับปรุงการให้บริการ รวมถึงการตรวจสอบข้อเท็จจริงในเรื่องที่ร้องเรียน ให้แล้วเสร็จภายใน ๑๕ วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับการสั่งการ

ในกรณีที่คณะกรรมการหรือคณะทำงานไม่สามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนดดังกล่าวได้ ขอขยายระยะเวลาต่อประธานศูนย์หรือผู้สั่งแต่งตั้งเพื่อพิจารณาสั่งการ พร้อมชี้แจงข้อเท็จจริงและเหตุผลประกอบด้วย

(๔) เมื่อได้ดำเนินการแล้วเสร็จ ให้ศูนย์รับข้อร้องเรียนแจ้งให้ ผู้ร้องเรียนทราบเบื้องต้นถึงการได้รับเรื่อง แนวทางการจัดการ และระยะเวลาที่คาดว่าจะดำเนินการจัดการข้อร้องเรียนแล้วเสร็จ รวมถึงชื่อผู้ประสานงานพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ด้วย ทั้งนี้ ได้ดำเนินการภายใน ๑ วัน ทำการ นับตั้งแต่วันที่ประธานหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายพิจารณาสั่งการ

(๕) เมื่อได้ดำเนินการจัดการข้อร้องเรียน แก้ไขปัญหาและปรับปรุงการให้บริการ รวมถึงการตรวจสอบข้อเท็จจริง ในประเด็นที่มีการร้องเรียนเรียบร้อยแล้ว ให้ศูนย์รับข้อร้องเรียนแจ้งผู้ ร้องเรียนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบต่อไป ซึ่งจะต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๑ วัน ทำการ นับตั้งแต่วันที่ประธานหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายพิจารณาสั่งการ

## การเก็บรักษาความลับเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียน

การดำเนินการจัดการข้อร้องเรียนของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า หากเป็นข้อมูลข่าวสารที่อาจจะก่อให้เกิดความเสียหายแก่บุคคลหนึ่งบุคคลใด จะมีการกำหนดให้เป็นชั้นความลับ ตามระเบียบว่าด้วยการรักษาความลับทางราชการอย่างเคร่งครัด

## **ระบบการจัดการ การติดตามและประเมินผล**

ในกรณีโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่าได้รับข้อร้องเรียนที่ได้จากการปฏิบัติงานหรือให้บริการของเจ้าหน้าที่ตามช่องทางต่างๆ ต้องรีบส่งเรื่องดังกล่าวไปยังศูนย์รับข้อร้องเรียนทันที เพื่อดำเนินการตามขั้นตอน สำหรับการติดตามและประเมินผล ได้กำหนดให้เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ฯ รวบรวมและรายงานข้อร้องเรียน ให้ศูนย์รับข้อร้องเรียนทราบ ทุกระยะ ๓ เดือน

## **เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบประจำศูนย์รับข้อร้องเรียน**

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่าได้มอบหมายให้ นางพัชรินทร์ ด่านพงษ์ประเสริฐ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้รับข้อร้องเรียน มีหน้าที่รับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ ลงทะเบียนรับเรื่อง แยกเรื่องและส่งเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ ให้คณะกรรมการประจำศูนย์รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ พิจารณา ส่งการต่อไป

ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์  
**056-709555 ต่อ 122**

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า



๑) มีการกำหนดหน่วยงานหรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเรื่องร้องเรียน หรือไม่

มี หลักฐาน คือ

๑. มีโครงสร้างการแบ่งส่วนราชการของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า
๒. มีคำสั่งมอบหมายให้เจ้าหน้าที่จัดการเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานและเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้าง
๓. มีการบรรจุรายชื่อหน่วยงานหรือผู้รับผิดชอบเรื่องร้องเรียนทั่วไปอยู่ในคู่มือการปฏิบัติงานหรือแผนผัง(Flow chart) เกี่ยวกับเรื่องร้องเรียน
๔. มีหนังสือขออนุญาต นำคำสั่งฯ หรือคู่มือฯ ขึ้นเผยแพร่บนเว็บไซต์ ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า

ไม่มี

หมายเหตุ: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

๒) มีระบบการตอบสนองหรือรายงานผลการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องเรียนให้ผู้ร้องเรียนทราบ หรือไม่

มี หลักฐาน คือ

๑. บันทึกข้อความรายงานสรุปและวิเคราะห์เรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า ด้านทั่วไปและด้านเกี่ยวกับการทุจริตและประพฤติมิชอบ ระหว่างเดือน ต.ค.๒๕๖๓ - มี.ค.๒๕๖๔
๒. Print screen การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ สรุปและวิเคราะห์เรื่องร้องเรียน / ร้องทุกข์ ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า ระหว่างเดือน ต.ค.๒๕๖๓ - มี.ค.๒๕๖๔ บนเว็บไซต์ ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า
๓. Flow Chart แสดงการร้องเรียน และขั้นตอน การจัดการร้องเรียน ทั้งด้านทั่วไปและด้านเกี่ยวกับการทุจริตและประพฤติมิชอบ

ไม่มี

หมายเหตุ: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ๓) มีรายงานสรุปผลการดำเนินการเรื่องเรียนให้ผู้ร้องเรียน พร้อมระบุปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข และเผยแพร่ให้สาธารณชน รับทราบผ่านทางเว็บไซต์หรือสื่ออื่นๆ หรือไม่

หมายเหตุ: รายงานผลสรุปผลให้แยกเป็น ๒ กรณี คือ

(๑) ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการทุจริตและประพฤติมิชอบ

(๒) ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการปฏิบัติงานหรือการดำเนินงานของหน่วยงาน

มี หลักฐาน คือ

๑. มีสรุปผลการดำเนินการ ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับเรื่องทั่วไป ส่วนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการทุจริตและประพฤติมิชอบ และข้อร้องเรียนเรื่องการบริหารปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ไม่มี
๒. มีหนังสือเสนอผู้บริหารเพื่อทราบ/สั่งการและปรากฏการขออนุญาตเผยแพร่บนเว็บไซต์ ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า
๓. มีช่องทางที่นำไปเผยแพร่
๔. มีPrint Screen จากเว็บไซต์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า

ไม่มี

หมายเหตุ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

จากข้อร้องเรียน / ร้องทุกข์ ของผู้รับบริการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า

ประจำปี ๒๕๖๕ พบว่าประเภทที่พบเรื่องร้องเรียนจะเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริการของเจ้าหน้าที่

#### ปัญหาและอุปสรรคที่พบ

เรื่องร้องเรียนที่พบ เกิดจากการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน ทำให้ความเข้าใจระหว่างผู้รับบริการ ผู้ให้บริการไม่ตรงกัน

#### ความเห็นและข้อเสนอแนะ

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่าควรมีระบบการดักจับปัญหา อันอาจเกิดขึ้นและรีบเข้าไปดำเนินการแก้ไขก่อน เพื่อลดปัญหาการขัดแย้งที่เกิดขึ้น และมีผลเสียต่อองค์กร



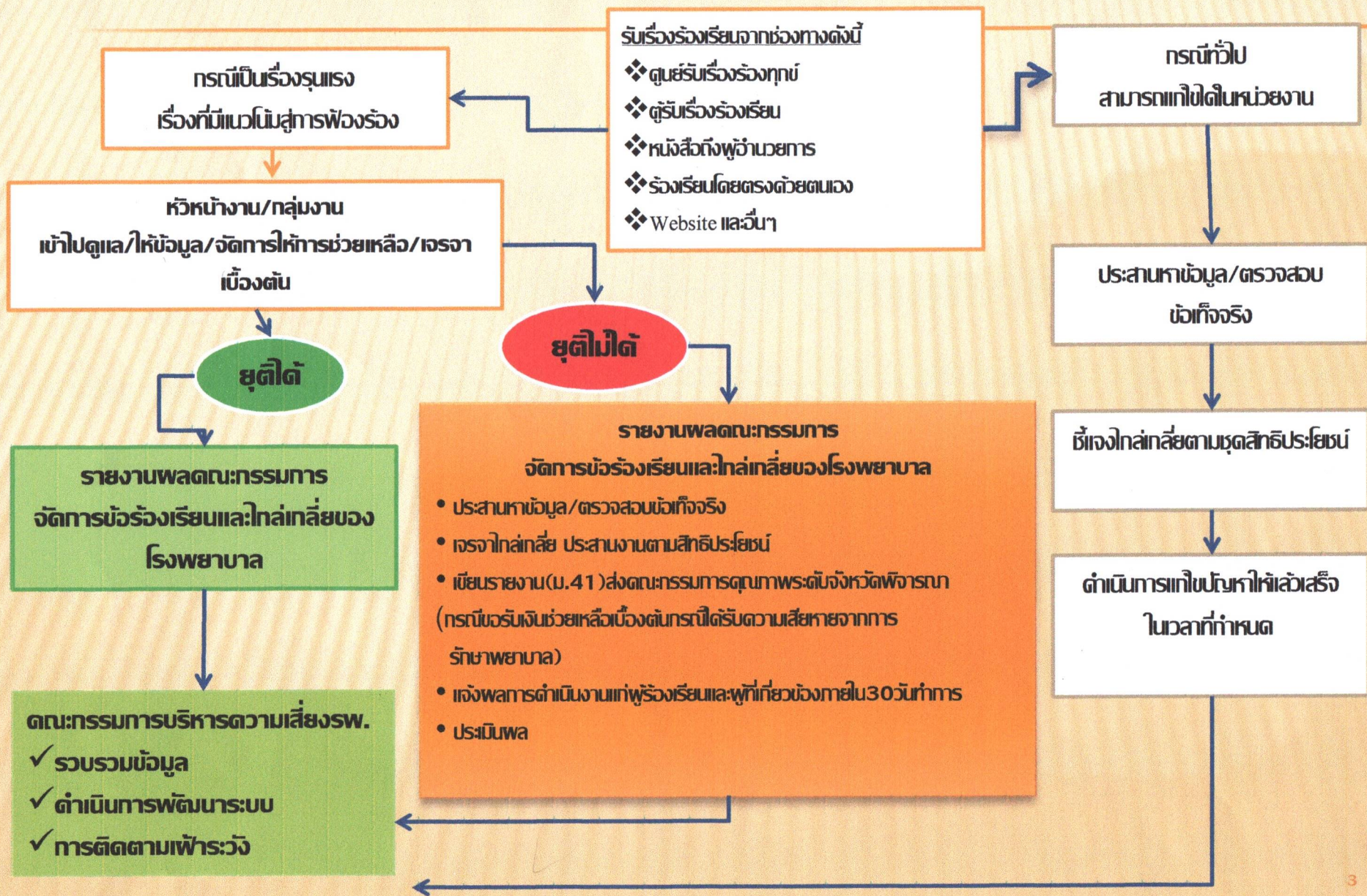
(นางพัชรินทร์ ด้านพงษ์ประเสริฐ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กรรมการ/เลขานุการ



# ขั้นตอนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียน





## Flow การรับเรื่องร้องเรียน ม.41







3. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ 1 ไม่ต้องกรอก)

3.1 ชื่อ - สกุล .....

3.2 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

3.3 ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

3.4 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

4. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง (ทั้งของผู้ยื่นคำร้องและผู้รับบริการ)

4.1 สำเนาบัตรประชาชน  4.2 สำเนาทะเบียนบ้าน

4.3 เอกสารทางการแพทย์หรือรายละเอียดข้อมูลอื่น ๆ (ถ้ามี).....

5. กรณีผลการพิจารณาคำร้อง มีมติให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร โดยได้แนบ

หน้าสมุดบัญชีธนาคาร (ชื่อธนาคาร) .....

เลขที่ บัญชี..... ของ (ระบุชื่อบัญชี).....

ของผู้รับบริการ/ผู้ยื่นคำร้อง มาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

=====

### คำแนะนำ

1. ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง ได้แก่ ผู้รับบริการ หรือ ทายาท ผู้อุปการะ(กรณีไม่มีทายาท) ที่ให้การช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานพอสมควร หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ
2. สถานที่ยื่นคำร้อง ได้แก่ หน่วยบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่
3. ระยะเวลาในการยื่นคำร้อง ภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ทราบความเสียหาย
4. หากมีข้อสงสัย ติดต่อสอบถามได้ที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
โทรศัพท์ 02 141 4000 เวลาราชการ โทรสาร 02 143 9730-1  
หรือติดต่อ สายด่วน สปสช. 1330 เปิดบริการ 24 ชั่วโมง  
หรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่

5. หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามีการมอบอำนาจ)

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....(ระบุชื่อผู้รับบริการหรือทายาท)  
ซึ่งเป็นผู้รับบริการหรือทายาทที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของ.....  
.....(ชื่อหน่วยบริการ) ขอมอบอำนาจให้.....

เป็นตัวแทนโดยชอบด้วยกฎหมายแทนข้าพเจ้า เพื่อดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น  
กรณีได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้  
เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)



**แบบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น**  
**กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข**

เขียนที่.....

วันที่.....

**1. รายละเอียดของผู้ให้บริการ**

1.1 ชื่อ - สกุล.....

1.2 เลขที่บัตรประชาชน

1.3 ตำแหน่ง.....

1.4 ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ (ระบุชื่อ).....

1.5 ลักษณะงานที่รับผิดชอบ (ระบุงานในหน้าที่ที่รับผิดชอบ).....

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

1.6 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก เลขที่..... หมู่..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

**2. รายละเอียดเกี่ยวกับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข**

2.1 ชื่อ - สกุล ผู้รับบริการที่ทำให้เกิดความเสียหาย.....

2.2 เลขที่บัตรประชาชน

2.3 สิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพของผู้รับบริการ (มีสิทธิบัตรทอง)  มี  ไม่มี

2.4 วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น.....

2.5 เหตุและความเสียหายที่เกิดขึ้น (บรรยายถึงเหตุการณ์และความเสียหายต่าง ๆ ที่ได้รับอย่างชัดเจน ถ้ามี  
บาดแผลให้บอกลักษณะบาดแผล การรักษาที่ได้รับและระยะเวลาที่ต้องรักษาตัว)

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

3. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ 1 ไม่ต้องกรอก)

- 3.1 ชื่อ - สกุล.....
- 3.2 เลขที่ประชาชน
- 3.3 ความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ.....
- 3.4 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก เลขที่..... หมู่..... ถนน.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

4. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง (ทั้งของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ)

- 4.1 สำเนาเวชระเบียนของผู้ให้บริการ และ/หรือใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)
- 4.2 ใบตรวจสอบสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของผู้รับบริการ
- 4.3 สำเนาเวชระเบียนของผู้รับบริการ (ช่วงที่มารักษาและทำให้ผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย)
- 4.4 เอกสารหรือหลักฐานอื่น ๆ เช่น กรณี เกิดโรคติดเชื้อ ควรมีเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้
- หลักฐานทางการแพทย์ หรือเวชระเบียนที่ยืนยันว่าบุคคลในครอบครัวปลอดภัยจากการติดเชื้อจากโรคดังกล่าว
  - สำเนาทะเบียนบ้านผู้ให้บริการ
  - อื่น ๆ (ระบุ).....

5. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

วันที่...../...../.....

## รายละเอียดของพยานผู้อยู่ในเหตุการณ์

### 1. รายละเอียดของพยานผู้อยู่ในเหตุการณ์ (กรอกด้วยลายมือพยาน)

- 1.1 ชื่อ – สกุล.....
- 1.2 ตำแหน่งและหน้าที่รับผิดชอบ.....
- 1.3 ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ (ระบุชื่อ).....
- 1.4 ความเกี่ยวข้องในเหตุการณ์.....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- 1.5 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก เลขที่..... หมู่..... ถนน.....  
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
- 1.6 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดเป็นความจริง  
ลงชื่อ..... พยานผู้อยู่ในเหตุการณ์  
(.....) วันที่...../...../.....

### 2. รายละเอียดของพยานผู้อยู่ในเหตุการณ์ (กรอกด้วยลายมือพยาน)

- 1.1 ชื่อ – สกุล.....
- 1.2 ตำแหน่ง.....
- 1.3 ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ (ระบุชื่อ).....
- 1.4 ความเกี่ยวข้องในเหตุการณ์.....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- 1.5 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก เลขที่..... หมู่..... ถนน.....  
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
- 1.6 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดเป็นความจริง  
ลงชื่อ..... พยานผู้อยู่ในเหตุการณ์  
(.....) วันที่...../...../.....