

ศูนย์บริการประกันคุณภาพอาหาร

FS-21 (version 3)

วันที่อนุมัติ : 1 ก.พ. 2560

แบบฟอร์มข้อร้องเรียน

วันที่แจ้ง :

ชื่อ : นาย นาง นางสาว : นามสกุล :

หน่วยงาน :

ที่อยู่ :

โทรศัพท์ : โทรสาร : E-mail:

เลขคำขอบริการ : ชื่อตัวอย่าง :

รายละเอียดข้อร้องเรียน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ผู้ร้องเรียน	ผู้รับข้อร้องเรียน	ผู้จัดการด้านคุณภาพ
ลงชื่อ : (ตัวบรรจง)	ลงชื่อ : (ตัวบรรจง)	ลงชื่อ : (ตัวบรรจง)
ว/ด/ป :	ว/ด/ป :	ว/ด/ป :

เฉพาะเจ้าหน้าที่

ข้อบกพร่องเกิดจาก : ห้องปฏิบัติการ ลูกค้า

หน่วยธุรการทำการแจ้งผู้ร้องเรียนทราบวันที่ :

พนักงานหน่วยธุรการ : ว/ด/ป :

กรณีข้อบกพร่องเกิดจากห้องปฏิบัติการ

NC No. :

CAR No. :

กำหนดการดำเนินการแก้ไขภายในวันที่ :

ผู้จัดการด้านคุณภาพ : ว/ด/ป :