



ข้อร้องเรียน

CP -/.....

ถึง สายงานบริการ 3 : บริการทดสอบความชำนาญห้องปฏิบัติการ

รายละเอียด _____

ชื่อที่อยู่บริษัท _____
ชื่อและเบอร์โทรที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ _____ Tel. _____ Fax. _____ E-mail _____

สำหรับผู้ร้องเรียน / ผู้รับเรื่อง
ลงชื่อ _____
(.....)
วันที่ ____ / ____ / ____

สำหรับผู้ดำเนินแก้ไข
ลงชื่อ _____
(.....)
วันที่ ____ / ____ / ____

สำหรับผู้จัดการคุณภาพพิจารณาขั้นต้น
 ไม่เกี่ยวข้องกับระบบคุณภาพ
 เกี่ยวข้องกับระบบคุณภาพ รายละเอียดตามบันทึก N/C เลขที่.....
ลงชื่อ _____
วันที่ ____ / ____ / ____
ผู้จัดการคุณภาพ

ส่วนของผู้อนุมัติ
 อนุมัติ ไม่อนุมัติ เพราะ _____

ลงชื่อ _____
วันที่ ____ / ____ / ____
ผู้จัดการคุณภาพ/ผู้จัดการวิชาการ

สรุปประสิทธิผลของข้อร้องเรียน
 ผ่าน (ปิดประเด็น)
 ไม่ผ่าน (CAR ฉบับใหม่ CAR No.....)
ลงชื่อ _____
วันที่ ____ / ____ / ____
ผู้จัดการคุณภาพ