**แบบ สส.1**

**แบบการแจ้งเรื่องกล่าวหาหรือกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม**

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า **ผู้กล่าวหา / ผู้กล่าวโทษ**

บัตรประจำตัวประชาชน - - - -

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี อาชีพ

อยู่บ้านเลขที่ อาคาร ถนน ตรอก/ซอย

แขวง เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

มีความประสงค์ขอกล่าวหา / ขอกล่าวโทษ ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม (โปรดระบุชื่อเภสัชกร)

* ชื่อ (เภสัชกร / เภสัชกรหญิง)

ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม เลขที่ ภ. (ถ้าทราบ)

สถานที่ปฏิบัติงาน อยู่ที่ อาคาร

ตำบล อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

* ไม่สามารถระบุชื่อเภสัชกรผู้ให้บริการได้ เนื่องจาก เป็นบุคลากรในสังกัดสถานพยาบาล
* ไม่สามารถระบุชื่อเภสัชกรผู้ให้บริการได้ เนื่องจาก (อื่น ๆ ระบุ)

รายละเอียดของการกระทำ ข้อเท็จจริง หรือพฤติการณ์ของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม   
ที่เป็นเหตุทำให้ผู้กล่าวหาได้รับความเสียหาย หรือพบพฤติการณ์ของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมที่อาจเป็นการกระทำที่ฝ่าฝืนจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพเภสัชกรรม ดังที่จะกล่าวต่อไปนี้

(ระบุรายละเอียดการกล่าวหาหรือกล่าวโทษให้ชัดเจน)

(ต่อด้านหลัง)

**หมายเหตุ** ๑. การแจ้งข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมต้องใช้ถ้อยคำสุภาพและให้ทำเป็นภาษาไทย

๒. ผู้กล่าวหาหรือผู้กล่าวโทษต้องแนบพยานหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการร้องเรียน ถ้าไม่อาจแนบพยานหลักฐานมาได้ ให้ระบุเหตุที่ไม่อาจแนบ   
 พยานหลักฐานไว้ด้วย

๓. ในกรณีเป็นการแจ้งข้อกล่าวหาโดยผู้มีอำนาจจัดการแทนผู้เสียหาย ให้แนบพยานหลักฐานถึงการเป็นผู้มีอำนาจจัดการแทนด้วย

๔. ที่อยู่ของผู้กล่าวหาหรือผู้กล่าวโทษต้องเป็นที่อยู่ที่สภาเภสัชกรรมสามารถติดต่อกลับได้

5. การแจ้งข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษ ผู้แจ้งไม่จำเป็นต้องทำตามรูปแบบของการแจ้งนี้ แต่ต้องมีเนื้อหาสาระสำคัญครบถ้วนตามที่ระบุไว้นี้

**แผ่นที่**

ด้วยเหตุผลดังที่ข้าพเจ้าได้กล่าวมาข้างต้น ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอให้สภาเภสัชกรรมพิจารณาจรรยาบรรณในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมดังกล่าวตามกฎหมายต่อไป

**แผ่นที่**

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้อมูลที่ข้าพเจ้ากล่าวมาข้างต้นเป็นการให้ข้อมูลที่เป็นเท็จ หรือเป็นการกลั่นแกล้งบุคคลใดบุคคลหนึ่งก็ตาม ข้าพเจ้าขอยินยอมที่จะรับผิดตามกฎหมายทุกประการ

ในกรณีที่ข้าพเจ้าเปลี่ยนแปลงที่อยู่ที่ต้องการให้สภาเภสัชกรรมทำการติดต่อ ข้าพเจ้าจะแจ้งให้สภาเภสัชกรรมทราบโดยด่วน หากข้าพเจ้าทำการเปลี่ยนแปลงที่อยู่โดยไม่ได้ทำการแจ้งให้สภาเภสัชกรรม หากมีความคืบหน้าในการพิจารณาคดีจรรยาบรรณเป็นเช่นใด ให้ถือว่าข้าพเจ้าทราบความคืบหน้านั้นแล้ว

ข้าพเจ้าจึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

**(ลงชื่อ)** **ผู้กล่าวหา / ผู้กล่าวโทษ**

**( )**

**หมายเหตุ :** กรณีที่เป็นการร้องเรียนโดยวิธีการแจ้งด้วยวาจา ให้เจ้าหน้าที่สภาเภสัชกรรมบันทึกข้อความเรื่องที่ได้รับแจ้งโดยละเอียดและให้ระบุชื่อและข้อมูลของผู้ร้องเรียนในช่องผู้กล่าวหา / ผู้กล่าวโทษ ให้ชัดเจน และให้เจ้าหน้าที่สภา  
เภสัชกรรมลงชื่อในนามผู้รับเรื่องด้วย