

แบบฟอร์ม ใบขอใช้งานโปรแกรม HOSxP
กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้ขอใช้บริการ

1. คำนำหน้า (นาย/นาง/น.ส.) ชื่อ.....สกุล.....
2. ชื่อภาษาอังกฤษ Name.....Last name.....
3. เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
4. วัน/เดือน/ปีเกิด.....
5. เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....ตำแหน่ง.....
6. หน่วยงาน/กลุ่มงาน.....
7. วันที่เริ่มเข้าทำงาน.....
8. ชื่อและรหัสผ่าน ที่จะเข้าใช้ ระบบ HOSxP

User:

Password:

ลงชื่อ.....(ผู้ขอใช้บริการ)

(.....)

วันที่...../...../.....

ส่วนที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการ งานเทคโนโลยีสารสนเทศฯ

ความคิดเห็นหัวหน้า กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล ผู้มอบหมายงาน..... วันที่...../...../.....	ผลการดำเนินงาน ผู้ดำเนินการ..... วันที่...../...../.....
การส่งมอบงาน ประเมินความพึงพอใจ ☐ ดีมาก ☐ ดี ☐ พอใช้ ☐ ปรับปรุง ข้อเสนอแนะ ผู้ขอใช้บริการ.....	เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย เพื่อโปรดทราบ (นายชัยพร อมรมณีพงศ์) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย วันที่...../...../.....