

แบบลงทะเบียนการใช้งาน ระบบสารสนเทศผู้ป่วย

- ☐ แพทย์ (Medical Staff) ☐ เจ้าหน้าที่ (Supportive Staff) ☐ อื่นๆ (Orthers)
☐ นักศึกษาฝึกงาน Medical Training / Pharmacy Interns / Nursing Practice / Staff Training

คำนำหน้าชื่อ (Title) : ☐ นาย (Mr.) ☐ นาง (Mrs.) ☐ นางสาว (Miss) ☐ อื่นๆ(Orthers).....

ชื่อ – นามสกุล (ภาษาไทย) :

ชื่อ – นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) :

ตำแหน่ง (Position Name) :

กลุ่มงาน / ฝ่าย / งาน (Department) :

วันเกิด :

วันที่เข้าทำงาน :

หมายเลขบัตรประชาชน (ID NO.) :

E-Mail Address :

ชื่อผู้ใช้ (Login Name) : User :

รหัสผ่าน (Password) : Password : (**ภาษาอังกฤษและตัวเลขอย่างน้อย 6 ตัว)

โปรแกรมที่ต้องใช้งาน

☐ โปรแกรม HOsXP ☐ โปรแกรม RISK ☐ โปรแกรม Thai GL ☐ Infinite ☐ หนังสือรับรองการตาย

(.....)

ลงชื่อผู้ขอใช้บริการ (Sign)

(.....)

หัวหน้างาน

เงื่อนไขการเขียนใบสมัคร

- การกำหนด Password ผู้ใช้ต้องกำหนดรหัสผ่านไม่น้อยกว่า 4 หลัก (สามารถเปลี่ยนได้เองหลังสมัคร)

หมายเหตุ

กรุณารอกข้อมูลตามความจริง (ตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550)

สำหรับเจ้าหน้าที่

ลงชื่อผู้รับเอกสาร

อนุมัติ

(.....)

(นางสาวชรินทร์ สุปราณี)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....