



แบบฟอร์ม ขอรายงาน / Assessment ในระบบ HOSxP

ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....หน่วยงาน.....

กลุ่มงาน.....

ชื่อรายงาน.....

เงื่อนไขรายงาน.....

Module.....

ข้อมูลที่ต้องการให้แสดง.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอ (.....)	ลงชื่อ.....หัวหน้างาน/หัวหน้าหน้ากลุ่มงาน ตำแหน่ง.....
วันที่.....	วันที่.....อนุมัติ

ความคิดเห็นสำหรับหัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพฯ

อนุญาต

ไม่อนุญาต เนื่องจาก.....

.....

ความคิดเห็นสำหรับผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังน้ำเย็น

อนุญาต

ไม่อนุญาต เนื่องจาก.....

.....

ลงชื่อ.....
(นายนิธินันท์ ปียนาทอัครนันท์)

หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และ
สารสนเทศทางการแพทย์

ลงชื่อ.....
(นายวิวัฒนพล จิตติลาภะ)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังน้ำเย็น

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบรายงาน
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำ
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เริ่มจัดทำ

วันที่.....จัดทำเสร็จสิ้น