



แบบฟอร์มขอยกเลิกการใช้บริการอินเทอร์เน็ต

ชื่อ - สกุล.....สังกัดแผนก.....

ขอยกเลิกการใช้งานอินเทอร์เน็ตโรงพยาบาล บนตึกโรงพยาบาล เขตบ้านพักโรงพยาบาล

Username.....วันที่ต้องการยกเลิก.....

เหตุผลการยกเลิก.....

ทางผู้ให้บริการยอมรับว่าจะปฏิบัติตามข้อตกลงในการใช้งานระบบอินเทอร์เน็ต ดังนี้

ข้าพเจ้าขอปิดการใช้งานของ ชื่อผู้ใช้ และรหัสผ่าน ที่เข้าใช้งานอินเทอร์เน็ตโรงพยาบาลวังน้ำเย็น
กิจกรรมอันใดที่เกิดขึ้นหลังจากนี้ ที่เกิดขึ้นจากชื่อผู้ใช้และรหัสผ่านของข้าพเจ้า ถือว่ามีใช้ความรับผิดชอบของ
ข้าพเจ้า นับตั้งแต่วันที่.....เป็นต้นไป

ลงชื่อ.....ผู้ขอยกเลิก

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....หัวหน้ากลุ่มงาน

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์

และสารสนเทศทางการแพทย์

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ดำเนินการ

(.....)

วันที่.....ดำเนินการ