



แบบฟอร์มขอสิทธิการเข้าถึงข้อมูลในระบบ HOSxP โรงพยาบาลวังน้ำเย็น

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอสิทธิการเข้าถึงข้อมูลในระบบ HOSxP

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังน้ำเย็น

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....สังกัด (กลุ่มงาน /หน่วยงาน).....

ขอสิทธิการเข้าถึงข้อมูลในระบบ HOSxP คือ (๑).....

(๒).....(๓).....

เหตุผลและความจำเป็น.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุมัติ

(.....)

วันที่

ลงชื่อ.....หัวหน้างาน/หน่วยงาน

(.....)

วันที่

ลงชื่อ.....หัวหน้ากลุ่มงาน

(.....)

วันที่

ความคิดเห็นสำหรับหัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพฯ

อนุญาต

ไม่อนุญาต เนื่องจาก.....

.....

ความคิดเห็นสำหรับผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังน้ำเย็น

อนุญาต

ไม่อนุญาต เนื่องจาก.....

.....

ลงชื่อ.....

(นายนิรันท์ ปิยนาทอัครนันท์)

หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และ

สารสนเทศทางการแพทย์

ลงชื่อ.....

(นายวิมลพล จิตติลาภะ)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังน้ำเย็น

หมายเหตุ: ผู้ขอสิทธิการเข้าถึงข้อมูล จะต้องรับผิดชอบต่อความเสียหายใด ๆ ที่เป็นผลกระทบอันสืบเนื่องจากการใช้ User ของตนเอง ในการขอสิทธิการเข้าถึงในระบบ HOSxP โรงพยาบาลวังน้ำเย็น