



แบบฟอร์มลงทะเบียนขอใช้งาน / เปลี่ยนแปลงข้อมูล ระบบ HOSxP โรงพยาบาลวังน้ำเย็น

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- เรื่อง ขอใช้งานระบบ HOSxP
 ขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลของผู้ใช้งาน ระบบ HOSxP

ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....
เลขบัตรประชาชน.....เบอร์โทรศัพท์.....
แผนก.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน/ผู้ขอเปลี่ยนแปลงข้อมูล
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....หัวหน้ากลุ่มงาน
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....รับรอง

*เอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียน โปรแกรม HOSxP

1. สำเนาบัตรประชาชน ๑ ฉบับ
2. สำเนาใบประกอบวิชาชีพ ๑ ฉบับ (ถ้ามี)

กรุณาระบุ User name และ Password ด้วยตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ในสำเนาบัตรประชาชน

**ใบสมัครฉบับนี้ มีผลกับข้อมูล ๔๓ แฟ้มที่สำคัญ ขอให้กรอกข้อมูลอย่างละเอียด

ลงชื่อ.....หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพฯ
(นายนิรันดร์ ปิยนาทอัครนันท์)
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน
วันที่.....รับรอง

ลงชื่อ.....ผู้ขึ้นทะเบียน
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....ขึ้นทะเบียน