|  |
| --- |
| **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 กรุณากรอกข้อมูลตามความจริง (ตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550) |
| **สำหรับเจ้าหน้าที่** |
| ลงชื่อผู้รับเอกสาร(.......................................................)วันที่............เดือน..............................พ.ศ................ | อนุมัติ( นางสาวชรินันท์ สุปราณี)วันที่............เดือน..............................พ.ศ................ |