|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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................ |