



แบบฟอร์มขอเข้าใช้งานโปรแกรม HOSxP

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-นามสกุล: เพศ: ☐ ชาย ☐ หญิง

Name: Last name:

เลขบัตรประชาชน: วัน/เดือน/ปีเกิด:

ตำแหน่งหลัก: ☐ แพทย์ ☐ ทันตแพทย์ ☐ เภสัชกร ☐ พยาบาล ☐ อื่นๆ

แผนก/สาขา (ถ้ามี):

เฉพาะทาง (ถ้ามี):

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี): รหัสสภาวิชาชีพ (ถ้ามี):

ย้ายมาจาก (ถ้ามี):

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสำหรับการใช้งานโปรแกรม HOSxP

หน่วยงานและกลุ่มงาน:

รหัสเจ้าหน้าที่: วันที่เริ่มทำงาน:

เหตุผลที่ขอใช้โปรแกรม:

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอใช้งาน
(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....ผู้ดำเนินการ

(ประธานกรรมการบริหารเทคโนโลยีสารสนเทศ)

(เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์)