

## แบบฟอร์มการขอรหัสผู้ใช้ (USERNAME) และรหัสผ่าน (PASSWORD)

ระบบสารสนเทศ โรงพยาบาลโนนศิลา โทร. 043-009738 ต่อ 103

## ส่วนที่ 1 สำหรับผู้ขอใช้บริการ

คำชี้แจง กรุณากรอกข้อมูลด้านล่างให้ครบถ้วนเพื่อประโยชน์ในการพิจารณาดำเนินการต่อไป

ชื่อ ..... นามสกุล ..... (ภาษาไทย)  
 NAME ..... SURNAME..... (ENGLISH)  
 วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../.....เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน..... เลขทะเบียนวิชาชีพ  
 ..... รหัสสมาชิกวิชาชีพ.....ขอเปิดรหัสเข้าใช้งาน  INTERNET  HosXP  
 ชื่อผู้ใช้งาน (Username) : ..... รหัสผ่าน (Password) : .....  
 บุคลากร  ข้าราชการ  พนักงานราชการ  ลูกจ้างชั่วคราว  อื่น ๆ .....  
 ตำแหน่ง ..... กลุ่มงาน/ฝ่าย .....  
 E-mail ..... (อีเมลต้องเป็นอีเมลที่มีการใช้งานอยู่จริง)  
 เหตุผลที่ขอ  
 ไม่เคยได้รับสิทธิ์  ของเดิมสูญหาย  ขอยกเลิกสิทธิ์ (กรณีโอน/ย้าย/ลาออก)  
 ขอเปลี่ยนแปลงสิทธิ์จากเดิม  ขอสิทธิ์เพิ่มในกลุ่มงาน/ฝ่าย .....  
 ย้ายหน่วยงานจากกลุ่มงาน/ฝ่าย .....ไปยังกลุ่มงาน/ฝ่าย.....  
 อื่น ๆ .....  
 ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้อง เป็นความจริงทุกประการและจะนำรหัสไปใช้งานไป  
 ใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ทางราชการเท่านั้น  
 ลงชื่อผู้ขอใช้บริการ..... ลงชื่อหัวหน้าหน่วยงาน.....  
 (.....) (.....)  
 วันที่..... วันที่.....

## ส่วนที่ 2 ความเห็นของงานสารสนเทศ กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ (เลขที่รับ...../..... วันที่...../...../.....)

งานสารสนเทศ	หัวหน้ากลุ่มงานฯ
<input type="radio"/> เห็นควรอนุมัติ <input type="radio"/> เห็นควรไม่อนุมัติ (ลงชื่อ)..... (.....) วันที่.....	<input type="radio"/> อนุมัติ <input type="radio"/> ไม่อนุมัติ (ลงชื่อ)..... ผู้อนุมัติ (.....) วันที่.....

- หมายเหตุ 1. กรุณากรอกข้อความให้ครบทุกรายการ มิฉะนั้นจะไม่ดำเนินการออก Username/Password  
 2. กรุณาส่งแบบฟอร์มมาที่งานสารสนเทศ กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ  
 3. สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มนี้ได้จาก <http://www.nonsilahospital.go.th>