

เลขที่รับ

วันที่รับ

แบบฟอร์มการขอเพิ่ม/ปรับเปลี่ยนแบบฟอร์มต่างๆ และการพัฒนางานในระบบสารสนเทศ
โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ

ชื่อ-นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

ฝ่าย/งาน/กลุ่มงาน

1. โปรแกรมที่ขอปรับเปลี่ยนหรือขอเพิ่ม/ แหล่งที่ขอปรับเปลี่ยนแบบฟอร์ม

☐ โปรแกรม HOSxP (ระบุชื่อแบบฟอร์ม /แบบแบบฟอร์มรายละเอียดที่ต้องการ/ ปรับเปลี่ยนหรือเพิ่ม)

☐ โปรแกรม อื่นๆ (ระบุชื่อโปรแกรม /แบบแบบฟอร์มรายละเอียดที่ต้องการ/ ปรับเปลี่ยนหรือเพิ่ม)

2. เหตุผล/ วัตถุประสงค์/ การขอเพิ่มหรือปรับเปลี่ยนแบบฟอร์มต่างๆ

☐ พัฒนางานประจำ ระบุ

☐ ตอบสนองตัวชี้วัด / งานที่ได้รับมอบหมาย ระบุ

☐ อื่นๆ

(ลงชื่อ) ผู้ขอเพิ่ม/ปรับเปลี่ยน

(.....)

ตำแหน่ง

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน เพื่อทราบ

ลงชื่อ หัวหน้ากลุ่มงาน

(.....)

ลงวันที่

เสนอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ เพื่อโปรดพิจารณา

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

(นายกฤษฎา ศิริภูมิ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์

ลงวันที่

ส่วนงานสารสนเทศ

บันทึกผู้พัฒนางานด้านสารสนเทศ

☐ ดำเนินการแล้วเสร็จ วันที่

☐ ดำเนินการไม่ได้เนื่องจาก

(ลงชื่อ) ผู้ขอเพิ่มสิทธิ

(.....)

ตำแหน่ง

วัน เดือนปี...../...../.....

(ลงชื่อ) ผู้ดำเนินการ

(.....)

ตำแหน่ง

วัน เดือนปี...../...../.....