

เลขที่รับ

วันที่รับ

แบบฟอร์มขอเพิ่ม/ เปลี่ยนสิทธิการใช้งานในโปรแกรม HOSxP
งานสารสนเทศ โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ

ชื่อ-นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

ฝ่าย/งาน/กลุ่มงาน

1. เหตุผล/ วัตถุประสงค์การขอเพิ่มสิทธิการใช้งาน/เข้าถึงข้อมูล

☐ งานที่ได้รับมอบหมาย ระบุ

☐ อื่นๆ

2. ประเภทการขอเพิ่มสิทธิการใช้งาน/เข้าถึงข้อมูล

☐ สิทธิการเข้าถึงข้อมูล ระบุ

☐ สิทธิการบันทึกข้อมูล ระบุ

(ลงชื่อ) ผู้ขอเพิ่มสิทธิ

(.....)

ตำแหน่ง

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน เพื่อทราบ

ลงชื่อ ผู้ขอเพิ่มสิทธิ

(.....)

ลงวันที่

เสนอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ เพื่อโปรดพิจารณา

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

.....

(นายกฤษฎา ศิริภูมิ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์

ลงวันที่

+++++
ส่วนของคุณข้อมูลสารสนเทศ

บันทึกผู้เปลี่ยนสิทธิการใช้งาน/ เข้าถึงข้อมูล ☐ ดำเนินการแล้วเสร็จ วันที่

☐ ดำเนินการไม่ได้เนื่องจาก

.....

.....

.....

(ลงชื่อ) ผู้ขอเพิ่มสิทธิ

(.....)

ตำแหน่ง

วัน เดือนปี...../...../.....

(ลงชื่อ) ผู้ดำเนินการ

(.....)

ตำแหน่ง

วัน เดือนปี...../...../.....

หมายเหตุ : กรุณายื่นแบบฟอร์มขอข้อมูลก่อนใช้ข้อมูลอย่างน้อย 5 วัน