



แบบคำขอคัดลอกข้อมูลภาพรังสี โรงพยาบาลทันตกรรม

ผู้ขอรับบริการ(อาจารย์/ ทพ./ ทพญ./ นทพ.)รหัสนักศึกษา.....

หน่วยงาน/คลินิก.....ข้อมูลภาพรังสีของผู้ป่วย ชื่อ.

HN ภาพรังสีที่จะนำออกจากระบบ PACs (ระบุเทคนิค/วันที่ถ่าย)

โดยได้รับอนุญาตจากอาจารย์นิเทศงาน/อาจารย์ผู้ควบคุมแล้ว

Mail ที่ใช้งาน Google Drive

* คัดลอก File CT รับข้อมูลผ่าน CD / DVD *

ลงชื่อ.....วันที่

(นักศึกษา/นักศึกษาหลังปริญญา)

ลงชื่อ.....วันที่

หมายเหตุ กรณีขอพรินต์ฟิล์ม คลินิกรังสีไม่รับคืน

(อาจารย์นิเทศงาน/อาจารย์ผู้ควบคุม)



แบบคำขอคัดลอกข้อมูลภาพรังสี โรงพยาบาลทันตกรรม

ผู้ขอรับบริการ(อาจารย์/ ทพ./ ทพญ./ นทพ.)รหัสนักศึกษา.....

หน่วยงาน/คลินิก.....ข้อมูลภาพรังสีของผู้ป่วย ชื่อ.

HN ภาพรังสีที่จะนำออกจากระบบ PACs (ระบุเทคนิค/วันที่ถ่าย)

โดยได้รับอนุญาตจากอาจารย์นิเทศงาน/อาจารย์ผู้ควบคุมแล้ว

Mail ที่ใช้งาน Google Drive

* คัดลอก File CT รับข้อมูลผ่าน CD / DVD *

ลงชื่อ.....วันที่

(นักศึกษา/นักศึกษาหลังปริญญา)

ลงชื่อ.....วันที่

หมายเหตุ กรณีขอพรินต์ฟิล์ม คลินิกรังสีไม่รับคืน

(อาจารย์นิเทศงาน/อาจารย์ผู้ควบคุม)