

แบบฟอร์มการแจ้งปัญหาและการปรับปรุงโปรแกรมระบบงานโรงพยาบาล

คำแนะนำในการกรอกแบบฟอร์ม

1. ผู้แจ้งโปรดกรอกข้อมูลในแบบฟอร์มให้ครบถ้วน และถ้ามีเอกสารเพิ่มเติม กรุณาแนบมาพร้อมกับแบบฟอร์มฉบับนี้
2. กรุณาส่งแบบฟอร์มและเอกสารแนบไปยัง สำนักงานธุรการ รพ. เพื่อผู้บริหาร รพ. พิจารณานุมัติ และนำเข้าสู่ระบบ E-doc มายังหน่วย IT
3. ท่านจะได้รับข้อมูลตอบกลับจากทางหน่วยผ่านทางอีเมลที่ท่านแจ้ง ภายในเวลา 3 วันทำการหลังจากผู้รับผิดชอบงานได้รับแบบฟอร์มคำร้องในระบบ E-doc

ระบบงาน : การเงิน

เวชระเบียน

ห้องทำงานทันตแพทย์

งานเอ็กซเรย์/งานห้องปฏิบัติการทางทันตกรรม

อื่นๆ (โปรดระบุ)

กรอกรายละเอียด

รายละเอียดและเหตุผล :

.....

.....

.....

.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย :

.....

.....

รายละเอียดของผู้ขอ

ชื่อ-นามสกุลของผู้ขอ

โทรศัพท์ E-mail

ภาควิชา/หน่วยงาน

สถานที่ทำงาน (ห้อง/ตึก)

วันที่เขียนแบบฟอร์ม/...../.....

วันที่ต้องการให้มีผลใช้งาน/...../.....

สำหรับผู้อนุมัติ

ลายเซ็นผู้อนุมัติ

(ระดับผู้บริหารโรงพยาบาลทันตกรรม)

ชื่อ-นามสกุลของผู้อนุมัติ

ตำแหน่ง

โทรศัพท์ E-mail

วันที่อนุมัติ/...../.....

สำหรับผู้อนุมัติขั้นต้น

ลายเซ็นผู้อนุมัติ

(ระดับหัวหน้าหน่วยงาน/ภาควิชา)

ชื่อ-นามสกุลของผู้อนุมัติ

ตำแหน่ง

โทรศัพท์ วันที่อนุมัติ/...../.....

สำหรับหน่วยเทคโนโลยีสารสนเทศ

ผู้รับเรื่อง : วันที่รับเรื่อง/...../.....

การแก้ไขปัญหา สามารถทำได้ ไม่สามารถทำได้

ทำได้บางส่วน ตามคำอธิบาย

.....

ผู้รับผิดชอบการแก้ไข :

วันที่แจ้งผู้ขอใช้บริการ/...../..... วันที่แล้วเสร็จ/...../.....

หมายเหตุ

.....

(.....)

หัวหน้าหน่วยเทคโนโลยีสารสนเทศ