

แบบฟอร์มขอเพิ่ม / เปลี่ยนแปลง / ยกเลิก User ระบบงานโรงพยาบาล

คำแนะนำในการกรอกแบบฟอร์ม

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

วัตถุประสงค์ : ขอ User
 ขอเปลี่ยนแปลง User
 ขอยกเลิก User

กรอกรายละเอียด

ชื่อ - นามสกุล ภาษาไทย :

ชื่อ - นามสกุล ภาษาอังกฤษ :

เลขที่บัตรประชาชน : เพศ : วันเกิด :/...../.....

โทรศัพท์ภายใน : โทรศัพท์เคลื่อนที่ : E-mail :

วันที่เข้าเริ่มงาน : รหัสประจำตัวพนักงาน / เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ :

ประเภทบุคลากร

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> อาจารย์ทันตแพทย์ | <input type="checkbox"/> นทพ.หลังปริญญา รหัสนักศึกษา..... |
| <input type="checkbox"/> ทันตแพทย์ | <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่ ตำแหน่ง(โปรดระบุ)..... |
| <input type="radio"/> ทันตแพทย์นอกเวลา | <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ)..... |
| <input type="radio"/> ทันตแพทย์พิเศษ (ในเวลา) | |

ภาควิชา-สาขา / หน่วยงาน / คลินิกที่ลงปฏิบัติงาน :

รายละเอียดและเหตุผล :

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/...../.....

สำหรับหัวหน้าหน่วยเทคโนโลยีสารสนเทศ

พิจารณาแล้ว : อนุมัติ ไม่อนุมัติ

เหตุผล :

ลายเซ็นผู้อนุมัติ

ชื่อ-นามสกุลของผู้อนุมัติ

วันที่อนุมัติ/...../.....