



แบบฟอร์มขอเข้าใช้งานโปรแกรม HOSxP

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-นามสกุล: เพศ: ☐ ชาย ☐ หญิง
Name: Last name:
เลขบัตรประชาชน: วัน/เดือน/ปีเกิด:
ตำแหน่งหลัก: ☐ แพทย์ ☐ ทันตแพทย์ ☐ เภสัชกร ☐ พยาบาล ☐ อื่นๆ
.....
แผนก/สาขา (ถ้ามี):
เฉพาะทาง (ถ้ามี):
เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี): รหัสสภาวิชาชีพ (ถ้ามี):
ย้ายมาจาก (ถ้ามี):

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสำหรับการใช้งานโปรแกรม HOSxP

หน่วยงานและกลุ่มงาน:
รหัสเจ้าหน้าที่: วันที่เริ่มทำงาน:
เหตุผลที่ขอใช้โปรแกรม:
.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้ใช้งาน
(.....)
วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....
นพ.ภูจิตต์ ตรีบำเพ็ญ
(ประธานกรรมการบริหารเทคโนโลยีสารสนเทศ)

ลงชื่อ.....ผู้ดำเนินการ
(เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์)