

แบบฟอร์มขอมอบบัญชีผู้ใช้บริการอินเทอร์เน็ตและชื่อผู้ใช้งาน HOSxP

งานสารสนเทศ โรงพยาบาลสุโขทัย

วันที่

เลขประจำตัวประชาชน	-	-	-
คำนำหน้า - ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย)			
คำนำหน้า - ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ)			
วัน/เดือน/ปี เกิด			
ตำแหน่ง	เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี)		
หน่วยงาน			
เริ่มปฏิบัติงานวันที่			
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้			
Username	Password		
	(ภาษาอังกฤษและตัวเลขเท่านั้น อักษรพิมพ์เล็กและอักษรพิมพ์ใหญ่มีผลต่อการเข้าสู่ระบบ กรุณาระบุให้ชัดเจน)		
ประเภท	<input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่ รพ.	<input type="checkbox"/> นักศึกษาฝึกงาน	<input type="checkbox"/> บุคคลภายนอก
ขอมอบบัญชีผู้ใช้งานใน	<input type="checkbox"/> HOSxP	<input type="checkbox"/> การใช้งานInternet	
ระยะเวลาใช้งาน	เริ่มใช้งาน	หมดอายุ /..... /.....

ข้าพเจ้ายินดีที่จะปฏิบัติตามและรับผิดชอบเกี่ยวกับการใช้งานอินเทอร์เน็ตของข้าพเจ้า ให้เป็นไปตามพ.ร.บ.ว่าด้วยการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. ๒๕๕๐ รวมทั้งกฎ ระเบียบ นโยบาย และประกาศอื่นใด ที่จะประกาศใช้ ภายหลังจากทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้ขอมอบบัญชีผู้ใช้
(.....)
...../...../.....

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบแบบคำขอมอบบัญชีผู้ใช้บริการอินเทอร์เน็ตของ.....
แล้ว และขอรับรองว่าเป็นผู้ สมควรใช้ อินเทอร์เน็ตของโรงพยาบาลสุโขทัย
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง
(.....)
...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่สารสนเทศ

<input type="checkbox"/> HOSxP	<input type="checkbox"/> Internet
Username :	Username :
Password :	Password :
ลงชื่อ	ลงชื่อ
...../...../...../...../.....
ผู้ดูแลระบบ	ผู้ดูแลระบบ

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ..... ผู้อนุมัติ
(นายภู่วิส เพ็ญสูง)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ(ด้านเวชกรรม)
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัย

สำหรับผู้ใช้งาน

<input type="checkbox"/> HOSxP	<input type="checkbox"/> Internet
Username :	Username :
Password :	Password :