



แบบฟอร์ม ขอยกเลิกการใช้งานบริการอินเทอร์เน็ต

ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....
โทรศัพท์.....หน่วยงาน.....
กลุ่มงาน.....

ขอยกเลิกการใช้งานอินเทอร์เน็ตโรงพยาบาล

- บนตึกโรงพยาบาล
- เขตบ้านพักโรงพยาบาล

User Name.....วันที่ต้องการยกเลิก.....
เหตุผลการยกเลิก.....

ทางผู้ใช้บริการยอมรับว่าจะปฏิบัติตามข้อตกลงในการเข้าใช้งานระบบอินเทอร์เน็ต ดังนี้
ข้าพเจ้าขอปิดการใช้งานของ ชื่อผู้ใช้และรหัสผ่าน ที่เข้าใช้งานอินเทอร์เน็ตโรงพยาบาลวังน้ำเย็น กิจกรรมอันใดที่เกิดขึ้น
หลังจากนี้ ที่เกิดขึ้นจากชื่อผู้ใช้งานและรหัสผ่านของข้าพเจ้า ถือว่ามีใช้ความรับผิดชอบของข้าพเจ้า นับตั้งแต่วันที่
เป็นต้นไป

ลงชื่อ.....ผู้ขอยกเลิก
(.....)

ตำแหน่ง
วันที่

ลงชื่อ.....หัวหน้ากลุ่มงาน
(.....)

ตำแหน่ง
วันที่

ลงชื่อ.....
(นางธิตินันฐฎา สานันต์)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน
หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล

ลงชื่อ.....ผู้ดำเนินการ
(.....)

ตำแหน่ง
วันที่.....