



แบบฟอร์มแจ้งขอยกเลิกข้อมูลผู้ใช้งานโปรแกรมในโรงพยาบาล

ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง

เลขบัตรประชาชน โทรศัพท์..... เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....

กลุ่มงาน..... งาน..... E-mail.....

มีความประสงค์ขอยกเลิกข้อมูลผู้ใช้งานโปรแกรมต่างๆในโรงพยาบาลวังน้ำเย็น

เนื่องจาก.....

โปรแกรมที่จำเป็นต้องมีทุกคน

- ☐ HOSOFFICE
- ☐ Health ID
- ☐ PHR Admin IDP
- ☐ Provider ID

โปรแกรมที่ต้องใช้ตามภารกิจที่เกี่ยวข้อง

- ☐ HOSxPXE
- ☐ One Stop Service (สปสช.)
- ☐ VPN
- ☐ Internet
- ☐ Grafana
- ☐ CPP
- ☐ HOS ON WEB รพร.สระแก้ว

ลงชื่อผู้ขอยกเลิก
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

ลงชื่อ หัวหน้ากลุ่มงาน
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

ลงชื่อ งานธุรการ
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

ลงชื่อ งานสารสนเทศ
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

ลงชื่อ
(นางธิดา ฐานันท์)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน
หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล
วันที่