

แบบฟอร์มการขอรหัสเข้าใช้งาน Hosxp จากศูนย์สารสนเทศ

วันที่ (.....) หน่วยงานที่ขอ (.....) ***

เบอร์ติดต่อส่วนตัว (.....) เบอร์ภายใน (.....) ***

ข้อมูลทั่วไป	
รหัสแพทย์ <input type="text"/>	ชื่อ <input type="text"/>
ชื่อแบบยาว (คำนำ ชื่อ สกุล) <input type="text"/>	เพศ <input type="text"/>
เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ <input type="text"/>	วันเกิด <input type="text"/>
Short Name <input type="text"/>	รหัสสภาวิชาชีพ <input type="text"/>
ตำแหน่งหลัก <input type="text"/>	วันที่เข้าเริ่มงาน <input type="text"/>
เลขที่บัตรประชาชน <input type="text"/>	วันที่สิ้นสุดงาน <input type="text"/>
คลินิกนัดอัตโนมัติ <input type="text"/>	ย้ายมาจาก <input type="text"/>
แผนก/สาขา <input type="text"/>	ย้ายไปที่ <input type="text"/>
เฉพาะทาง <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Active Doctor	
<input type="checkbox"/> บังคับลงผลวินิจฉัยก่อนสั่งยา	
<input type="checkbox"/> สามารถระบุค่าธรรมเนียมตรวจแพทย์ได้เอง	
<input type="checkbox"/> แพทย์คลินิกพิเศษ	
Provider Type <input type="text"/>	

โปรแกรมที่ต้องการการใช้งาน *** ☐ HosxpBMS ☐ HOSXPInventory ☐ Thairefer ☐ Infinit lite

USER อ้างอิงเทียบสิทธิ์ในการใช้งาน (.....) ***

USER ID (.....) สำหรับ IT เจ้าหน้าที่ผู้ออกรหัส (.....)

Password (.....) สำหรับ IT วันที่ ออกรหัส (.....)

ชื่อผู้ขอ USER (.....) ***

(.....)

บรรทัดที่มีเครื่องหมาย *** จำเป็นต้องกรอก

ใส่ข้อมูลให้ถูกต้องและครบถ้วน ตัวบรรจง ด้วยนะครับ