

บรรทัดที่มีเครื่องหมาย *** จำเป็นต้องกรอก

ใส่ข้อมูลให้ถูกต้องและครบถ้วน ตัวบรรจง ด้วยนะครับ

แบบฟอร์มการขอรหัสเข้าใช้งาน Hosxp จากศูนย์สารสนเทศ

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

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

ข้อมูลทั่วไป	
รหัสแพทย์	ชื่อ
ชื่อแบบยาว (คำนำ ชื่อ สกุล)	รหัสสภาวิชาชีพ
เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ	วันที่เข้าเริ่มงาน
Short Name	วันที่สิ้นสุดงาน
ตำแหน่งหลัก	ย้ายมาจาก
เลขที่บัตรประชาชน	ย้ายไปที่
คลินิกนัดอัตโนมัติ	
แผนก/สาขา	
เฉพาะทาง	
☐ Active Doctor ☐ บังคับลงผลวินิจฉัยก่อนสั่งยา ☐ สามารถระบุค่าธรรมเนียมตรวจแพทย์ได้เอง ☐ แพทย์คลินิกพิเศษ	
Provider Type	

โปรแกรมที่ต้องการเข้าใช้งาน *** ☐ HosxpBMS ☐ HOSXPInventory ☐ Thairefer
☐ Infinit lite

USER อ้างอิงเทียบสิทธิ์ในการเข้าใช้งาน (.....) ***

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

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

ชื่อผู้ขอ USER (.....) ***

(.....)

หัวหน้ากลุ่มงาน ผู้ขอ (.....) ***

(.....)