

แบบฟอร์มลงทะเบียนขอใช้ Internet สำหรับบุคลากร

โรงพยาบาลแม่ลาน้อย

ชื่อ - สกุล

กลุ่มงาน

หมายเลขบัตรประชาชน ----

Username :

Password :

E-mail :

วันที่ขอใช้ :

หมายเหตุ

๑.Username ชื่อจริงตามบัตรประชาชนที่เป็นภาษาอังกฤษ

๒.Password เลข ๕ ตัวท้ายของเลขบัตร

๓.แนบสำเนาบัตรประชาชนเพื่อใช้ในการสมัคร

ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตาม พระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ.๒๕๕๐

(ผู้ขอใช้)
(.....)

(นางสาวณริศา ใจแก้ว)

หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์

อนุมัติ

(นางสาวสุพรรณษา ศรีชุ่มจิตร)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ลาน้อย