

# 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**

( นายพิทยา หล้าวงศ์ )

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ลาน้อย