

วันที่.....
เวลา.....
ผู้รับ.....

แบบฟอร์มขอใช้งานระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลบ้านนา

ชื่อผู้ใช้งาน.....นามสกุล.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....
บัตรประชาชนเลขที่.....เลขใบประกอบวิชาชีพ.....(ถ้ามี)
ตำแหน่ง.....วันที่เริ่มทำงาน.....
ปฏิบัติงานที่ (งาน/กลุ่มงาน).....
เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....

มีความประสงค์ขอใช้งานระบบ

☐ ระบบอินเทอร์เน็ตของโรงพยาบาล	ชื่อผู้ใช้งาน.....	รหัสผ่าน.....
☐ ระบบ HOSxP	ชื่อผู้ใช้งาน.....	รหัสผ่าน.....
☐ ระบบผู้ป่วยใน Ipd Paperless	ชื่อผู้ใช้งาน.....	รหัสผ่าน.....
☐ ระบบ Web app โรงพยาบาล	ชื่อผู้ใช้งาน.....	รหัสผ่าน.....

ข้าพเจ้าตกลงที่จะใช้บริการระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลบ้านนา (ผู้ให้บริการ) โดยยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขการใช้งานระบบนี้ ในการเก็บข้อมูลจราจรคอมพิวเตอร์อันเกิดจากการใช้งานในนาม (user name) ของข้าพเจ้าไว้เพื่อ ให้สามารถตรวจสอบโดยผู้ดูแลระบบเมื่อจำเป็น หรือโดยพนักงานเจ้าหน้าที่เมื่อมีการร้องขอ และจะปฏิบัติตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ.2560 อย่างเคร่งครัด ในกรณีการใช้งานที่ไม่ได้ระบุในคำขอข้างต้นหรือมีการกระทำอื่นใดที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อองค์กร หน่วยงาน หรือผู้หนึ่งผู้ใดในนามของข้าพเจ้า หรือ ข้าพเจ้าได้ฝ่าฝืนพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ.2560 แล้ว ข้าพเจ้ายินยอมให้มีการดำเนินการกับข้าพเจ้าได้ตามกฎหมายและวินัย

.....ผู้ขอใช้งานระบบ
(.....)
วันที่.....

เอกสารที่ต้องนำมาเป็นหลักฐานการขอใช้งานในระบบ
- สำเนาบัตรประชาชน 1 ชุด พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

สำหรับเจ้าหน้าที่งานเทคโนโลยีสารสนเทศ

ชื่อ-สกุล

	ระบบอินเทอร์เน็ต	ระบบ HOSxP	ระบบ Ipd Paperless	ระบบ Web app
ชื่อผู้ใช้งาน				
รหัสผ่าน				