**แบบฟอร์มขอเปิดสิทธิการใช้งานระบบบริหารงานโรงพยาบาล (PMK)**

ชื่อหน่วยงาน.....................................................โทรศัพท์......................รหัสหน่วยงาน...................สังกัด..........................

รายชื่อแพทย์

1. ชื่อ-สกุล.........................................................................ตำแหน่ง.........................................................................
   Name.............................................................................เลขประจำตัวประชาชน.....................................................
   เลขใบประกอบวิชาชีพ.....................................................สิทธิ์การใช้งานเหมือนกับ.................................................
2. ชื่อ-สกุล.........................................................................ตำแหน่ง.........................................................................
   Name.............................................................................เลขประจำตัวประชาชน.....................................................
   เลขใบประกอบวิชาชีพ.....................................................สิทธิ์การใช้งานเหมือนกับ.................................................
3. ชื่อ-สกุล.........................................................................ตำแหน่ง.........................................................................
   Name.............................................................................เลขประจำตัวประชาชน.....................................................
   เลขใบประกอบวิชาชีพ.....................................................สิทธิ์การใช้งานเหมือนกับ.................................................
4. ชื่อ-สกุล.........................................................................ตำแหน่ง.........................................................................
   Name.............................................................................เลขประจำตัวประชาชน.....................................................
   เลขใบประกอบวิชาชีพ.....................................................สิทธิ์การใช้งานเหมือนกับ.................................................
5. ชื่อ-สกุล.........................................................................ตำแหน่ง.........................................................................
   Name.............................................................................เลขประจำตัวประชาชน.....................................................
   เลขใบประกอบวิชาชีพ.....................................................สิทธิ์การใช้งานเหมือนกับ.................................................

---

| แบบฟอร์มแก้ไขข้อมูลกรณีเปลี่ยนชื่อ–นามสกุล (ระบุชื่อ-สกุลใหม่) | ยกเลิกสิทธิ์การใช้งาน กรณี ลาออก/ย้าย |
| --- | --- |
| 1. ..................................................... User .................... | 1. ..................................................... User .................... |
| 2. ..................................................... User .................... | 2. ..................................................... User .................... |
| 3. ..................................................... User .................... | 3. ..................................................... User .................... |
| 4. ..................................................... User .................... | 4. ..................................................... User .................... |
| 5. ..................................................... User .................... | 5. ..................................................... User .................... |

ลงชื่อ .......................................................ผู้ขอ
(...............................................................)
ตำแหน่ง............................................................

ความเห็น..............................................................
ลงชื่อ .........................................................หัวหน้างาน
(...............................................................)
ตำแหน่ง............................................................

**ความเห็น ผู้ประสาน/ควบคุม**
.......................................................................................
.......................................................................................
ลงชื่อ .......................................................................
(.......................................................................)
**หัวหน้ากลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ**
☐ เห็นชอบ ☐ ไม่เห็นชอบ
ลงชื่อ........................................................
(นายสุนทร เนียมหวาน)

**ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านสารสนเทศ**
☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ
ความเห็น...........................................................................
.......................................................................................
ลงชื่อ........................................................
(นายธีรพงษ์ ตติยพรกุล)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)
หัวหน้ากลุ่มภารกิจสุขภาพดิจิทัล