



แบบฟอร์มขอสิทธิ์ใช้โปรแกรม HOSxP โรงพยาบาลสมเด็จ

คำนำหน้าชื่อ.....ชื่อ.....สกุล.....เพศ.....วันเกิด...../...../.....

ชื่อนามสกุลภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่).....

รหัสสาขาวิชาชีพ ☐ 01 แพทย์สภา ☐ 02 สภาการพยาบาล ☐ 03 สภาเภสัชกรรม
☐ 04 ทันตแพทย์สภา ☐ 05 สภากายภาพบำบัด ☐ 06 สภาเทคนิคการแพทย์

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....วันที่ออกใบอนุญาต...../...../..... วันที่หมดอายุใบอนุญาต...../...../.....

วันที่เริ่มทำงาน รพ.สมเด็จ...../...../..... วันที่สิ้นสุดงาน รพ.สมเด็จ...../...../..... ย้ายมาจาก รพ.....

เลขบัตรประชาชน.....เบอร์โทร.....ชื่อเล่น.....ตำแหน่ง.....

แผนก/สาขา.....คลินิกพิเศษ (ถ้ามี ระบุ).....

Provider Type ☐ 01 แพทย์ ☐ 02 ทันตแพทย์ ☐ 03 เภสัชกร ☐ 04 พยาบาลวิชาชีพ
☐ 05 นักวิชาการสาธารณสุข ☐ 06 เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ☐ 07 เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน
☐ 08 บุคลากรด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู (นักกายภาพบำบัด , นักเวชกรรมฟื้นฟู) ☐ 09 บุคลากรด้านเทคนิคการแพทย์
☐ 10 บุคลากรแพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือก ☐ 11 ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย (ที่ผ่านการอบรม) ☐ 12 แพทย์แผนจีน
☐ 13 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ☐ 14 อสม. (ผู้ให้บริการในชุมชน) ☐ 15 ผู้จัดการดูแล (Care Manager : CM)
☐ 16 ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ☐ 17 อื่นๆ ระบุ.....

ขอสิทธิ์ในการเข้าถึงโปรแกรมที่เชื่อมโยงกับระบบ HOSxP

☐ N-Refer ☐ LIS , LabView ☐ PAC , X-ray ☐ GTW Mali ☐ IPD Paperless

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอใช้บริการระบบ HOSxP ของโรงพยาบาลสมเด็จ โดยข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำ
ความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ.2560- ปัจจุบัน อย่างเคร่งครัด โดยข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบการกระทำผิดใด ๆ ที่อาจเกิดขึ้นและผิดต่อ
พระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำผิดต่อพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ.2560- ปัจจุบัน ทุกประการ

ลงชื่อผู้สมัครขอใช้บริการ.....

(.....)

ระเบียบข้อพึงปฏิบัติ

1. USERNAME และ PASSWORD เป็นความลับเฉพาะส่วนบุคคล ห้ามให้บุคคลอื่นใช้ และผู้ขอใช้บริการต้องรับผิดชอบต่อการกระทำใด ๆ ที่เกิดจากการใช้งานบัญชีดังกล่าว
2. งานสารสนเทศขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการใช้งานระบบ HIS ของผู้ให้บริการได้ทุกเมื่อ

สำหรับเจ้าหน้าที่งานสารสนเทศ

HOSxP USER:	เจ้าหน้าที่ IT (ผู้ดำเนินการ Add User)/...../.....	☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก หัวหน้างานIT.....
----------------------	--	---

*** หมายเหตุ : ผู้มีใบประกอบวิชาชีพให้แนบสำเนา 1แผ่น และสำเนาบัตรประชาชน 1แผ่น ***