**แบบฟอร์มขอใช้บริการระบบ HosXP**

**โรงพยาบาลห้วยเกิ้ง อ.กุมภาวาปี จ.อุดรธานี**

­

**ส่วนที่ 1 สำหรับผู้ขอใช้บริการ**

ชื่อ ภาษาไทย (นาย/ นาง /นางสาว).....................................................สกุล……………………..........….

ชื่อ ภาษาอังกฤษ (Mr/ Ms).................................................สกุล……………………..........................….

ตำแหน่ง……………………………สังกัดกลุ่ม……………………วันที่เข้าเริ่มงาน........../.........../.............

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ(ถ้ามี)..............................................

วันเกิด…….เดือน………....พ.ศ………เลขประชาชน 🞏-🞏🞏🞏🞏-🞏🞏🞏🞏🞏-🞏🞏-🞏

โทรศัพท์มือถือ……………..……….……….……....Email………………...........…...............…………….

มีความประสงค์ที่จะใช้งาน 🞏 HosXP

**Username: ชื่อภาษาอังกฤษของท่าน**

**Password: 4 ตัวท้ายของเลขบัตรประชาชน 13 หลักของท่าน**

 \*\*\*หากมีความประสงค์จะเปลี่ยนแปลง โปรดแจ้งศูนย์คอมพิวเตอร์ โทร. **095-3209895**

ทั้งนี้ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550 หรือพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบคอมพิวเตอร์ฉบับล่าสุด อย่างเคร่งครัด

 ลงชื่อ…………..………………..…….……… ผู้ขอใช้

**สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ**

 ลงชื่อ……………………………………..

 (………………………………….)

 ผู้ดูแลระบบ

 (…………………………………)

ผู้ดูแล ตำแหน่ง ตำแหน่ง…………………………………………

 วันที่……………../………………../……………