แบบฟอร์ม

สำหรับการขอ Username และ password

ระบบการดูแลสุขภาพของผู้เดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์และอุมเราะห์ (www.sasuk12.com)

ชื่อ – นามสกุล (ภาษาไทย) .....

ชื่อ – นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) .....

หมายเลขบัตรประชาชน.....

ตำแหน่ง ☐ แพทย์ ☐ เภสัชกร ☐ พยาบาล ☐ บุคลากรสาธารณสุข ระบุ.....

รหัสสถานพยาบาล (5 หลัก) .....ชื่อสถานพยาบาล.....

หมายเลขโทรศัพท์..... E-mail .....

เหตุผลความจำเป็น ☐ ขอรับใหม่ ☐ ของเดิมสูญหาย

ลงชื่อ .....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่ .....

ความเห็นผู้บังคับบัญชา **(นพ.สสจ. , ผอ.รพ. , สสอ. , และ ผอ รพ.สต.)**	**ผู้มีอำนาจพิจารณาอนุมัติ** **(ผอ. ศบ.สต.)**
ได้โปรดพิจารณาเห็นชอบ ให้ผู้ยื่นคำขอใช้ Username และ password ระบบการดูแลสุขภาพของผู้เดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์และอุมเราะห์ (www.sasuk12.com) จึงเห็นสมควร ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ **ลงชื่อ .....ผู้บังคับบัญชา** **(.....)** **ตำแหน่ง.....**	อนุมัติให้ใช้ระบบ Username และ password ระบบการดูแลสุขภาพของผู้เดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์และอุมเราะห์ (www.sasuk12.com) **ลงชื่อ .....ผู้อนุมัติ** **(.....)** **ตำแหน่ง.....**

ลงชื่อ .....ผู้ดำเนินการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่ .....

ที่อยู่จัดส่งเอกสาร ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้

ที่อยู่ อาคารมหิดลอดุลยเดช ๑๖๑/๑ ถนนรามวิถี อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ๙๐๐๐๐

โทรศัพท์ ๐ ๗๔๔๔ ๑๓๗๓ /โทรสาร ๐ ๗๔๔๔ ๑๓๗๔ อีเมล sbst.2010.21@gmail.com