



แบบฟอร์มขอใช้บริการสารสนเทศ

หน่วยสารสนเทศการพยาบาล งานวิจัยและสารสนเทศการพยาบาล
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช โทร. 9045-6

NI_O3

เลขที่รับเรื่อง.....

วันที่...../...../.....

ส่วนที่ ① ผู้ขอใช้บริการสารสนเทศ

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด/หน่วยงาน.....โทร.....

มีความประสงค์ขอใช้บริการสารสนเทศ เรื่อง.....

รายละเอียด.....

ผู้บังคับบัญชา	ผู้อนุมัติ
ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(.....)	(.....)
ตำแหน่ง	ตำแหน่ง

ข้อกำหนด

ในกรณีไม่มีลายเซ็นรับรองจากผู้บังคับบัญชา ขอสงวนสิทธิ์ในการให้บริการ

ส่วนที่ ② ผู้อนุมัติและผู้ดำเนินการ

รายละเอียดการดำเนินงาน

ได้รับแจ้งเมื่อ.....เวลา.....น.

เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่.....เวลา.....น.

(1) คาดว่าจะดำเนินการแล้วเสร็จ ในวันที่...../...../..... โดยใช้เวลา.....วัน.....ชั่วโมง.....นาที

(2) ได้ดำเนินการแล้วเสร็จ ในวันที่...../...../..... โดยใช้เวลา.....วัน.....ชั่วโมง.....นาที

ผู้อนุมัติให้ดำเนินการ	ผู้ดำเนินการ
ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(.....นางเอื้องพร พิทักษ์สังข์.....)	(.....)
ตำแหน่ง หัวหน้างานวิจัยและสารสนเทศการพยาบาล	ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์

ส่วนที่ ③ แบบประเมินความพึงพอใจ

โปรดให้คะแนนความพึงพอใจในการให้บริการ

1. ความรวดเร็วในการดำเนินงาน ☐ ดีมาก ☐ ดี ☐ ปานกลาง ☐ พอใช้ ☐ ควรปรับปรุง

2. ความถูกต้องของข้อมูล ☐ ดีมาก ☐ ดี ☐ ปานกลาง ☐ พอใช้ ☐ ควรปรับปรุง

3. ความสุภาพของผู้ดำเนินการ ☐ ดีมาก ☐ ดี ☐ ปานกลาง ☐ พอใช้ ☐ ควรปรับปรุง

4. ระดับความพึงพอใจโดยรวม ☐ ดีมาก ☐ ดี ☐ ปานกลาง ☐ พอใช้ ☐ ควรปรับปรุง

ข้อเสนอแนะอื่นๆ.....