



แบบฟอร์มขอใช้บริการสารสนเทศ

หน่วยสารสนเทศการพยาบาล งานวิจัยและสารสนเทศการพยาบาล
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช โทร. 9045-6

NI_O3

เลขที่รับเรื่อง.....

วันที่...../...../.....

ส่วนที่ ① ผู้ขอใช้บริการสารสนเทศ

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

Email.....

มีความประสงค์ขอใช้บริการสารสนเทศ เรื่อง.....

รายละเอียด.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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.....

(.....นางสาวจันทนา นามเทพ.....)

(.....)

ตำแหน่ง หัวหน้างานวิจัยและสารสนเทศการพยาบาล

ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์