



แบบฟอร์มการขอข้อมูลระบบสารสนเทศ
งานบริหารเทคโนโลยีสารสนเทศ และงานพัฒนานวัตกรรม
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ลำดับที่.....
วันที่รับ.....
ลงชื่อผู้รับ.....
<input type="checkbox"/> มีเอกสารแนบ <input type="checkbox"/> ไม่มีเอกสารแนบ

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้ขอใช้บริการ (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

ชื่อหน่วยงาน.....รหัสหน่วยงาน.....หมายเลขโทรศัพท์.....

มีความประสงค์จะขอข้อมูลในระบบสารสนเทศ หากไม่มีใน list โปรดระบุ.....

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (iMed)
<input type="checkbox"/> ระบบตรวจสอบสุขภาพร่างกายนิสิต
<input type="checkbox"/> ระบบรายงานการติดตามตัวชี้วัดคณะแพทยศาสตร์
<input type="checkbox"/> ระบบสำรวจจุดบกพร่องคณะแพทยศาสตร์
<input type="checkbox"/> ระบบรับแจ้งปัญหาการใช้งานคอมพิวเตอร์ (Help Desk)
<input type="checkbox"/> ระบบฐานข้อมูลบุคลากร (Profile)
<input type="checkbox"/> ระบบ KM (Knowledge Management)
<input type="checkbox"/> ระบบ Advisors อาจารย์ที่ปรึกษา
<input type="checkbox"/> ระบบการคัดกรอง/เฝ้าระวังพัฒนาการด้วย DSPM
<input type="checkbox"/> ระบบคัดกรองเบาหวาน-ความดัน NCD | <input type="checkbox"/> ระบบประเมินผลการปฏิบัติราชการแบบออนไลน์
<input type="checkbox"/> ระบบบริหารจัดการงานวิจัย
<input type="checkbox"/> ระบบบริหารจัดการข้อมูลคณาจารย์พยาบาล
<input type="checkbox"/> ระบบประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง (DAIM)
<input type="checkbox"/> ระบบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
<input type="checkbox"/> ระบบบริหารจัดการรายการยา (Drug Catalog)
<input type="checkbox"/> ระบบอ่านและบันทึกข้อมูลบัตรประชาชนแบบ Smart Card
<input type="checkbox"/> ระบบเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการโดยใช้บัตรประชาชน
<input type="checkbox"/> ระบบบริหารจัดการอุบัติเหตุการดำเนินงานทางการศึกษา และโรงพยาบาล
<input type="checkbox"/> ระบบบริหารจัดการงานทรัพยากรบุคคล |
|---|--|

ลำดับ	ชื่อรายการ	หมายเหตุ

**** ทั้งนี้กรุณาเพิ่มรายละเอียดที่ต้องการมาทุกครั้งเพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ***** มีเอกสารแนบ ไม่มีเอกสารแนบ

วัตถุประสงค์ที่จะขอข้อมูลไปใช้ _____

ลงชื่อ _____ ผู้ขอใช้บริการ
 (_____)
 วันที่ ____ / ____ / ____

ลงชื่อ _____ หัวหน้างาน
 (_____)
 วันที่ ____ / ____ / ____

ส่วนที่ 2 ผลการตรวจสอบเบื้องต้น

- ความคิดเห็นหัวหน้างาน ตรวจสอบ เมื่อวันที่ ____ / ____ / ____ ลงชื่อ _____
- ความคิดเห็นหัวหน้าหน่วย รับทราบ มอบ _____ ดำเนินการ
 เมื่อวันที่ ____ / ____ / ____ ลงชื่อ _____
 แล้วเสร็จภายในวันที่ ____ / ____ / ____ ลงชื่อ _____
- หากไม่สามารถดำเนินการได้โปรดระบุปัญหาและวิธีการแก้ไข.....

ความคิดเห็นผู้ช่วยคณบดีฝ่ายบริหารเทคโนโลยีสารสนเทศ

ดำเนินการ ไม่ดำเนินการ

ลงชื่อ _____
 (เภสัชกรพศวีร์ รัตนพยุงสภาร)
 ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายบริหารเทคโนโลยีสารสนเทศ
 วันที่ ____ / ____ / ____