

ที่.....



ชื่อหน่วยงาน.....

ที่อยู่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอ Username/Password สำหรับโปรแกรม.....

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ..... ฉบับ

สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรพนักงาน จำนวน ..... ฉบับ

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดให้มีระบบโปรแกรมเพื่อสนับสนุนการทำงานของหน่วยบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น

ชื่อหน่วยงาน..... รหัสหน่วยบริการ ..... ขอแจ้งรายชื่อผู้รับผิดชอบงาน.....และขอสิทธิเข้าใช้งานโปรแกรม.....เพื่อขอรับ Username/Password ดังนี้ (หลักฐานประกอบตามสิ่งที่ส่งมาด้วย)

ชื่อผู้รับผิดชอบ 1. :

ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน :

เลขประจำตัว 13 หลัก :

โทรศัพท์ ที่ทำงาน :

โทรศัพท์เคลื่อนที่ :

E-mail Address :

ชื่อผู้รับผิดชอบ 2 :  
ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน :  
เลขประจำตัว 13 หลัก :  
โทรศัพท์ ที่ทำงาน :  
โทรศัพท์เคลื่อนที่ :  
E-mail Address :

ชื่อผู้รับผิดชอบ 3 :  
ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน :  
เลขประจำตัว 13 หลัก :  
โทรศัพท์ ที่ทำงาน :  
โทรศัพท์เคลื่อนที่ :  
E-mail Address :

ชื่อหน่วยงาน.....ขอรับรองว่าผู้ที่มีรายชื่อตามที่ระบุข้างต้นเป็นผู้ที่รับผิดชอบและ  
ปฏิบัติงาน ..... ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจริง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

.....

(ชื่อตัวบรรจบของผู้บังคับบัญชา)

ตำแหน่งผู้บังคับบัญชา/ชื่อหน่วยงานที่ขอ

ชื่อหน่วยงาน .....  
หมายเลขโทรศัพท์.....  
หมายเลขโทรสาร.....