

โรงพยาบาลเทพา อำเภเทพา จังหวัดสงขลา

วันที่...../...../.....

ชื่อ-สกุลเพศ ชาย หญิง วันเกิด..... ชื่อเล่น.....

NAME (EN) เลขที่บัตรประชาชน.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....ตำแหน่ง.....

รหัสสภาวิชาชีพ..... แผนก/สาขา.....

วันที่เข้าเริ่มทำงาน..... วันที่สิ้นสุดงาน (มาช่วยราชการ).....

ย้ายมาจาก (ชื่อ-รหัสสถานพยาบาล).....

- หมายเหตุ
- เพื่อความปลอดภัยและการเข้าถึงข้อมูลและการรักษาความลับจึงจำเป็นต้องเปลี่ยนรหัสผ่าน ทุก 90 วัน
 - ใช้งานหนึ่งรหัสต่อหนึ่งเครื่อง
 - กรุณาเก็บรหัสผู้ใช้และรหัสผ่านเป็นความลับ

User Name :

Password :



User Name :

Password :

