

แบบฟอร์มการขอรหัสผู้ใช้ (USERNAME) และรหัสผ่าน (PASSWORD)

ระบบการส่งต่อผู้ป่วยผ่านระบบ E-consult

สาขาวิชามะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

โทร 074-451469 โทรสาร 074-455856 อีเมล econsult.psu@gmail.com

สำหรับผู้ขอใช้บริการ

คำชี้แจง กรุณากรอกข้อมูลด้านล่างให้ครบถ้วนเพื่อเป็นประโยชน์ในการพิจารณาดำเนินการต่อไป

คำนำหน้า.....ชื่อนามสกุล.....(ภาษาไทย)

ชื่อนามสกุล..... (ภาษาอังกฤษ)

ตำแหน่ง

เลขประจำตัวประชาชน (ID-Number) ----

สังกัด คณะ/หน่วยงาน

โรงพยาบาล

เลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....ต่อ.....

โทรสารอีเมล.....

เหตุผลในการขอ

ขอครั้งแรก ลืมรหัสผู้ใช้/รหัสผ่าน อื่น.....

เอกสารแนบ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

สำหรับผู้เจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบสถานะบัญชีผู้ใช้

มีรหัสผู้ใช้ อยู่แล้ว Username :

และ Reset Password ให้เป็น :

ไม่มีรหัสผู้ใช้ และได้ดำเนินการสร้าง Account แล้ว

เมื่อ/...../.....

User : Password :

แจ้งผู้ขอใช้บริการแล้วเมื่อ/...../.....

โดย.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(.....)