

ที่.....



ชื่อหน่วยงาน.....
ที่อยู่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอ Username/Password สำหรับโปรแกรมลงทะเบียนเด็กพิการแต่กำเนิด (Birth Defects Registry)

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ฉบับ
สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรพนักงาน จำนวน ฉบับ

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดให้มีระบบโปรแกรมลงทะเบียนเด็กพิการแต่กำเนิด (Birth Defects Registry) นั้น

ชื่อหน่วยงาน.....รหัสสถานบริการ..... ขอแจ้งรายชื่อผู้รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมลงทะเบียนเด็กพิการแต่กำเนิด เพื่อขอรับ Username/Password ดังนี้

ชื่อผู้รับผิดชอบ :

ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน :

เลขประจำตัวประชาชน :

โทรศัพท์ ที่ทำงาน :

โทรศัพท์เคลื่อนที่ :

E-mail Address :

ชื่อหน่วยงาน.....ขอรับรองว่าผู้มีรายชื่อตามที่ระบุข้างต้นเป็นผู้ที่รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูลโปรแกรมลงทะเบียนเด็กพิการแต่กำเนิด (Birth Defects Registry) จริง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ชื่อตัวบรรจบของผู้บังคับบัญชา)

ตำแหน่งผู้บังคับบัญชา/ชื่อหน่วยงานที่ขอ

ชื่อหน่วยงาน

โทรศัพท์

โทรสาร.....

*** ขอให้หน่วยงานที่แจ้งขอ User ส่งหนังสือแจ้งความจำนงขอ Username/Password ฉบับจริงไปที่ สปสช. พร้อมหลักฐานประกอบให้ครบถ้วน