



ใบขอใช้บริการงานนวัตกรรมการจัดการข้อมูล

เลขที่รับ.....

วันที่.....

เวลา.....

งานนวัตกรรมการจัดการข้อมูล

ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มศว โทร. 60888

วันที่.....

ชื่อผู้ขอใช้บริการ.....(ตัวบรรจง) E-Mail.....

หน่วยงาน..... เบอร์โทรศัพท์.....

ระบุรายละเอียด/ข้อมูล ที่ต้องการ :

☺ คำแนะนำ

1. ระบุโรคที่ต้องการ
2. ต้องเป็นโรคหลัก (Principal Diag) หรือไม่
3. ช่วงเวลาของข้อมูล เป็นเดือน ปีงบประมาณ ปีปฏิทิน

วัตถุประสงค์การนำไปใช้.....

วันที่ขอรับงาน.....

เรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ผู้บังคับบัญชา.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

แบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบบริการของงานนวัตกรรมการจัดการข้อมูล (Data Innovation Management)					
หัวข้อการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ				
	ดีมาก	ดี	พอใช้	น้อย	ควรปรับปรุง
1.การติดต่อประสานงาน					
2.ความสะดวก รวดเร็ว ทันเวลา					
3.ความถูกต้อง สมบูรณ์ครบถ้วน ของข้อมูลตามที่ร้องขอ					

ส่วนนี้ สำหรับเจ้าหน้าที่งานนวัตกรรมการจัดการข้อมูล เท่านั้น

มอบหมายงานให้.....

ลงชื่อผู้ปฏิบัติงาน..... วันที่ดำเนินการเสร็จ...../...../.....