



ใบขอรับการสนับสนุนข้อมูล แผนกรรมวิธีข้อมูลและสถิติทางการแพทย์ กวส.พร.

วัน/เดือน/ปี ที่ขอข้อมูล.....

ช่องทางการขอข้อมูล ☐ มาที่แผนกรรมวิธีฯ ☐ โทรศัพท์ ☐ อื่นๆ กรุณาระบุ.....

ผู้ขอข้อมูล : คำนวณหน้าชื่อ.....ชื่อ-สกุล.....เบอร์โทร.....

ตำแหน่ง.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....

รายละเอียดข้อมูลที่ต้องการ	
1.ชนิดข้อมูล	รายละเอียดที่ต้องการ ระบุหัวข้อ (ฟิลด์)/แนบตัวอย่างเอกสาร
☐ ข้อมูลการเจ็บป่วย	
☐ ข้อมูลการตรวจสุขภาพ	
☐ ข้อมูลอื่นๆ กรุณาระบุ	
2.วัตถุประสงค์การใช้ข้อมูล	รายละเอียดการนำข้อมูลไปใช้
☐ เพื่อการบริหารงานของหน่วย ☐ เพื่อการศึกษาวิจัย ☐ อื่นๆ กรุณาระบุ.....	
3.วันที่ต้องการได้รับข้อมูล	*หมายเหตุ : 1.ระยะเวลาการเตรียมข้อมูล ใช้เวลาอย่างน้อย 10 วันทำการ 2.ข้อมูลที่ขอรับการสนับสนุน ต้องเป็นไปตาม พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ปี 2562
.....	

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่า จะไม่นำข้อมูลไปใช้ในลักษณะที่ทำให้เกิดความเสียหายหรือเสื่อมเสียต่อบุคคล และองค์กร ตามระเบียบหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง”

ช่องทางขอรับข้อมูล กรุณาระบุ.....

ลงชื่อ(ผู้ขอข้อมูล).....

4. สำหรับกองเวชสารสนเทศ พร.

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ(ผู้อนุมัติ).....

ตำแหน่ง.....

วันที่.....