



ชื่อหน่วยงาน.....
ที่อยู่.....

ที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอ Username/Password สำหรับโปรแกรม Seamless For DMIS บริการการแพทย์แผนไทย

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผ่านผู้อำนวยการ สปสช.เขต ๕ ราชบุรี)

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ฉบับ

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดให้มีระบบโปรแกรมเพื่อสนับสนุน
การทำงานของหน่วยบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นั้น

(ชื่อหน่วยบริการ)..... รหัสหน่วยบริการ

ขอแจ้งรายชื่อผู้รับผิดชอบ งานบริการการแพทย์แผนไทย เพื่อขอรับ Username และ Password เพื่อเข้าใช้งาน
ตรวจสอบการชดเชยค่าบริการการแพทย์แผนไทยผ่านทางเว็บไซต์ <http://seamlessfordmis.nhso.go.th>
รายละเอียด ดังนี้ (หลักฐานประกอบตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ขอได้ไม่เกิน ๓ คนต่อหน่วยบริการ)

ชื่อผู้รับผิดชอบ ๑. ชื่อ :

ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน :

เลขประจำตัว ๑๓ หลัก :

โทรศัพท์ ที่ทำงาน :

โทรศัพท์เคลื่อนที่ :

E-mail Address (ส่วนตัวเท่านั้น) :

มี Username ของทาง สปสช.แล้วหรือไม่ มี ไม่มี ไม่ทราบ

กรณีมี Username แล้วแต่ลืมรหัสผ่าน ต้องการรีเซตรหัสผ่านหรือไม่ รีเซต ไม่รีเซต

ชื่อผู้รับผิดชอบ ๒. ชื่อ :

ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน :

เลขประจำตัว ๑๓ หลัก :

โทรศัพท์ ที่ทำงาน :

โทรศัพท์เคลื่อนที่ :

E-mail Address (ส่วนตัวเท่านั้น) :

มี Username ของทาง สปสช.แล้วหรือไม่ มี ไม่มี ไม่ทราบ

กรณีมี Username แล้วแต่ลืมรหัสผ่าน ต้องการรีเซตรหัสผ่านหรือไม่ รีเซต ไม่รีเซต

ชื่อผู้รับผิดชอบ ๓. ชื่อ :

ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน :

เลขประจำตัว ๑๓ หลัก :

โทรศัพท์ ที่ทำงาน :

โทรศัพท์เคลื่อนที่ :

E-mail Address (ส่วนตัวเท่านั้น) :

มี Username ของทาง สปสช.แล้วหรือไม่ มี ไม่มี ไม่ทราบ

กรณีมี Username แล้วแต่ลืมรหัสผ่าน ต้องการรีเซตรหัสผ่านหรือไม่ รีเซต ไม่รีเซต

(ชื่อหน่วยบริการ).....ขอรับรองว่าผู้มีรายชื่อตามที่ระบุข้างต้นเป็นผู้ที่รับผิดชอบ
และปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับบริการการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลจริง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป จักขอบคุณ

ขอแสดงความนับถือ

.....
()

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ชื่อหน่วยงาน

หมายเลขโทรศัพท์.....

หมายเลขโทรสาร.....