ชื่อหน่วยงาน.................................

ที่อยู่...............................................

ที่..............

 วันที่……….....................................

เรื่อง ขอ Username/Password

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ............ ฉบับ

 ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดให้มี ระบบโปรแกรม Seamless for DMIS โดยแต่ละแห่งจะมี Case/Disease Manager เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการบริหารจัดการ รวมทั้งเป็นผู้มีสิทธิในการเข้าโปรแกรมดังกล่าว โดยจะได้รับ Username/Password จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นั้น

 ในการนี้ โรงพยาบาล............................................ ขอแจ้งรายชื่อผู้รับผิดชอบเป็น Case/Disease Manager การดูแลผู้ป่วย HD ประจำหน่วยบริการ เพื่อขอรับ Username/Password ดังนี้ (หลักฐานประกอบตามสิ่งที่ส่งมาด้วย)

1. ชื่อผู้รับผิดชอบ :

ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน :

เลขประจำตัว 13 หลัก :

รหัสหน่วยงานที่ปฏิบัติ :

โทรศัพท์ ที่ทำงาน :

โทรศัพท์มือถือ :

E-mail Address :

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

 ขอแสดงความนับถือ

 ................................................

 (…………………………………………………..)

 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล..............................................

หมายเลขโทรศัพท์.....................

หมายเลขโทรสาร.......................