

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

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

ที่..............

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

เรื่อง ขอ Username/Password

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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

ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดให้มีโปรแกรมบันทึกข้อมูลเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Disability Portal) และให้หน่วยบริการที่เข้าร่วมจัดบริการ มีสิทธิในการเข้าโปรแกรมดังกล่าว โดยจะได้รับ Username/Password จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาล.................................. ขอแจ้งรายชื่อผู้รับผิดชอบงาน.................ที่จะบันทึกข้อมูลการให้บริการลงในโปรแกรมบันทึกข้อมูลเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Disability Portal) ประจำหน่วยบริการ เพื่อขอรับ Username/Password ดังนี้ (หลักฐานประกอบตามสิ่งที่ส่งมาด้วย)

ชื่อผู้รับผิดชอบ :

ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน :

เลขประจำตัว 13 หลัก :

หน่วยงาน

รหัสสถานพยาบาล :

โทรศัพท์ ที่ทำงาน :

โทรศัพท์มือถือ :

E-mail Address :

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

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

(…………………………………………………..)

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

หมายเลขโทรศัพท์.....................

หมายเลขโทรสาร.......................