

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.) ได้จัดให้มีระบบโปรแกรมเพื่อสนับสนุนการทำงานของหน่วยบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นั้น

 (ชื่อหน่วยบริการ)......................................................... รหัสหน่วยบริการ ..................

ขอแจ้งรายชื่อผู้รับผิดชอบ งานบริการการแพทย์แผนไทย เพื่อขอรับ Username และ Password เพื่อเข้าใช้งานตรวจสอบการชดเชยค่าบริการการแพทย์แผนไทยผ่านทางเว็ปไซด์ http://seamlessfordmis.nhso.go.th รายละเอียด ดังนี้ (หลักฐานประกอบตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ขอได้ไม่เกิน 3 คนต่อหน่วยบริการ)

ชื่อผู้รับผิดชอบ 1. ชื่อ :

ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน :

เลขประจำตัว 13 หลัก :

โทรศัพท์ ที่ทำงาน :

โทรศัพท์เคลื่อนที่ :

E-mail Address (ส่วนตัวเท่านั้น) :

 มี Username ของทาง สปสช.แล้วหรือไม่ มี ไม่มี ไม่ทราบ

กรณีมี Username แล้วแต่ลืมรหัสผ่าน ต้องการรีเซตรหัสผ่านหรือไม่ รีเซต ไม่รีเซต

ชื่อผู้รับผิดชอบ 2. ชื่อ :

ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน :

เลขประจำตัว 13 หลัก :

โทรศัพท์ ที่ทำงาน :

โทรศัพท์เคลื่อนที่ :

E-mail Address (ส่วนตัวเท่านั้น) :

มี Username ของทาง สปสช.แล้วหรือไม่ มี ไม่มี ไม่ทราบ

กรณีมี Username แล้วแต่ลืมรหัสผ่าน ต้องการรีเซตรหัสผ่านหรือไม่ รีเซต ไม่รีเซต

-2-

ชื่อผู้รับผิดชอบ 3. ชื่อ :

ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน :

เลขประจำตัว 13 หลัก :

โทรศัพท์ ที่ทำงาน :

โทรศัพท์เคลื่อนที่ :

E-mail Address (ส่วนตัวเท่านั้น) :

มี Username ของทาง สปสช.แล้วหรือไม่ มี ไม่มี ไม่ทราบ

กรณีมี Username แล้วแต่ลืมรหัสผ่าน ต้องการรีเซตรหัสผ่านหรือไม่ รีเซต ไม่รีเซต

 (ชื่อหน่วยบริการ)..............................ขอรับรองว่าผู้ที่มีรายชื่อตามที่ระบุข้างต้นเป็นผู้ที่รับผิดชอบและปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับบริการการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลจริง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป จักขอบคุณ

 ขอแสดงความนับถือ

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

 ( )

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

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

หมายเลขโทรศัพท์.....................

หมายเลขโทรสาร......................