ตราครุฑ/ตราประจำหน่วยงาน

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

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

ที่..............

 วันที่……….......................

เรื่อง แจ้งรายชื่อนายทะเบียน เพื่อกำหนด Username/Password สำหรับโปรแกรมระบบทะเบียนบุคลากร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/รัฐวิสาหกิจ/องค์กรอิสระ

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายชื่อนายทะเบียน เพื่อกำหนด Username/Password

๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน .............. ฉบับ

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดให้มีระบบทะเบียนบุคลากร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/รัฐวิสาหกิจ/องค์กรอิสระ เพื่อลงทะเบียนข้อมูลบุคลากรในสังกัด หน่วยงานต่าง ๆ สำหรับการปรับปรุงข้อมูลสิทธิด้านการรักษาพยาบาลให้ถูกต้อง ใช้เป็นข้อมูล ในการให้บริการสาธารณสุข นั้น

ในการนี้ ....(ชื่อหน่วยงาน)..... ขอแจ้งรายชื่อผู้รับผิดชอบในตำแหน่งนายทะเบียนระบบทะเบียนบุคลากรของหน่วยงาน เพื่อขอรับ Username/Password ในการเข้าใช้งานโปรแกรม ระบบทะเบียนบุคลากรฯ โดยมีรายชื่อพร้อมหลักฐานประกอบตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ และ ๒

............ชื่อหน่วยงาน............................... ขอรับรองว่าผู้ที่มีรายชื่อตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ เป็นเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานของหน่วยงานจริง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

 ขอแสดงความนับถือ

 (.............................................................)

 ตำแหน่งผู้บังคับบัญชาของหน่วยงาน

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

หมายเลขโทรศัพท์ .........................................................

หมายเลขโทรสาร............................................................

**สิ่งที่ส่งมาด้วย**

**รายชื่อเจ้าหน้าที่ เพื่อกำหนด Username/Password**

**๑.นายทะเบียน**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ชื่อ – สกุล | เลขบัตรประจำตัว | ตำแหน่ง | เบอร์มือถือ | อีเมล์ |
| ๑ |  |  |  |  |  |

**๒.เจ้าหน้าที่ทะเบียน**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ชื่อ – สกุล | เลขบัตรประจำตัว | ตำแหน่ง | เบอร์มือถือ | หมายเหตุ |
| ๑ |  |  |  |  |  |
| ๒ |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**๓.เจ้าหน้าที่การเงิน**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ชื่อ – สกุล | เลขบัตรประจำตัว | ตำแหน่ง | เบอร์มือถือ | หมายเหตุ |
| ๑ |  |  |  |  |  |
| ๒ |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**สอบถามปัญหาการใช้งานโปรแกรม และ Username/Password ติดต่อ สปสช. IT-Helpdesk**

**โทรศัพท์ 02 141 4200 อีเมล์** **IT-Helpdesk@nhso.go.th**