



แบบฟอร์มการยืนยันตัวตนของผู้ใช้งานระบบ NCD Clinic Plus Online

คำอธิบาย ด้วยกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ได้ดำเนินการพัฒนาแบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน โดยให้โรงพยาบาลสามารถบันทึกผลการประเมินตนเองผ่านระบบออนไลน์ และให้หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (CUP) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค สามารถตรวจสอบและกำกับติดตามผลการดำเนินงานได้อย่างรวดเร็ว ทั้งนี้กำหนดสิทธิ์การใช้งาน ๑ ท่านต่อ ๑ หน่วยงาน เพื่อรักษาความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคล จึงจำเป็นต้องมีการยืนยันตัวตนก่อนการใช้งานผ่านแบบฟอร์ม รายละเอียดดังนี้

ชื่อหน่วยงาน.....

จังหวัด.....

เขตสุขภาพที่.....

ขอแจ้งรายชื่อผู้รับผิดชอบ โดยมอบหมายให้

ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง.....

เป็นผู้ใช้งานระบบ NCD Clinic Plus Online ในนามของหน่วยงาน เพื่อบันทึกข้อมูล และติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ทั้งนี้ หน่วยงานขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าวเป็นเจ้าของที่จริง และปฏิบัติงานในตำแหน่งที่ระบุข้างต้น เพื่อดำเนินการอนุมัติสิทธิ์การใช้งานตามขั้นตอนต่อไป

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง ผอ.สคร./นพ.สสจ/ผอ.รพ.

หน่วยงาน

วันที่.....

(ประทับตราหน่วยงาน)