

ลำดับงาน.....
Serial Number.....



ผู้รับเอกสาร
วันที่.....
เวลา.....น.

แบบขอสถิติ / ข้อมูล และความต้องการข้อมูลระบบรายงาน
กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์

หน่วยงาน..... วันที่.....

ประเภทรายงาน* () สถิติ/ข้อมูล () พัฒนางาน

ประเภทสถิติ/ข้อมูล ที่ต้องการ*

- | | | |
|---------------------|--------------------------|-------------------------|
| () ข้อมูลประชากร | () ข้อมูลผู้มารับบริการ | () ข้อมูลสิทธิการรักษา |
| () ข้อมูลอันดับโรค | () ข้อมูลการส่งต่อ | () ข้อมูลการเสียชีวิต |
| () ข้อมูลการเกิด | () ข้อมูลอื่น ๆ | |

ความต้องการ (กรุณาระบุอย่างชัดเจน และอธิบายให้ผู้รับงานเข้าใจในทิศทางเดียวกันกับผู้ขอรายงาน)*

กำหนดที่ต้องการให้เสร็จ* วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เวลา.....น.

** ระยะเวลาประกันการขอรายงาน ขั้นต่ำ 7 วันทำการ

ลงชื่อ..... ผู้ขอข้อมูล
(.....)

ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ..... หัวหน้ากลุ่ม/งาน
(.....)

ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

กรุณาระบุความต้องการ/เงื่อนไขให้ชัดเจน พร้อมแนบหลักฐาน คำสั่ง หรือเอกสารเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้อง หรือรูปแบบของรายงานตามที่ต้องการ เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณาจัดลำดับงาน

ผลการดำเนินงาน

- () เสร็จตามวันที่กำหนด
() ไม่เสร็จตามวันที่กำหนด เนื่องจาก.....
.....

ลงชื่อ..... ผู้เขียนรายงาน
(.....)

ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....