

แบบร้องขอแก้ไขปัญหาระบบสารสนเทศทางห้องปฏิบัติการ (LIS)

หน่วยสารสนเทศทางห้องปฏิบัติการ ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี			
ห้องปฏิบัติการ/หน่วยงาน			เบอร์ติดต่อ (โปรดระบุ)
ผู้ร้องขอ (ตัวบรรจง)	ชื่อ-นามสกุล	รหัสประจำตัว	วันที่ร้องขอ
หัวหน้าห้องปฏิบัติการ			วันที่อนุมัติ
รายละเอียดการแก้ไขที่ต้องการ:			
เหตุผลในการร้องขอ:			
วันที่ต้องการให้มีการเปลี่ยนแปลง:			
ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ/โดย:			

สำหรับเจ้าหน้าที่หน่วยสารสนเทศทางห้องปฏิบัติการ

หัวหน้าหน่วย LIS	วันที่อนุมัติ
ผู้รับเรื่อง:	วันที่
ผู้แก้ไข:	วันที่แล้วเสร็จ
ผู้ตรวจรับมอบงาน:	วันที่