

## แบบร้องขอแก้ไขปัญหาระบบสารสนเทศทางห้องปฏิบัติการ (LIS)

หน่วยสารสนเทศทางห้องปฏิบัติการ ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี			
ห้องปฏิบัติการ/หน่วยงาน			เบอร์ติดต่อ (โปรดระบุ)
ผู้ร้องขอ (ตัวบรรจง)	ชื่อ-นามสกุล	รหัสประจำตัว	วันที่ร้องขอ
หัวหน้าห้องปฏิบัติการ			วันที่อนุมัติ
รายละเอียดการแก้ไขที่ต้องการ:			
เหตุผลในการร้องขอ:			
วันที่ต้องการให้มีการเปลี่ยนแปลง:			
สำหรับเจ้าหน้าที่หน่วยสารสนเทศทางห้องปฏิบัติการ <input type="radio"/> อนุมัติให้ดำเนินการได้ <input type="radio"/> ไม่อนุมัติให้ดำเนินการ เนื่องจาก.....			
หัวหน้าหน่วย LIS:		วันที่:	
ผู้รับงาน:	วันที่รับงาน:	กำหนดแล้วเสร็จ:	
ผู้แก้ไข:	วันที่รับงาน:	วันที่แล้วเสร็จ:	
ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ:			
สำหรับส่งต่อเจ้าหน้าที่บริษัท			
ผู้รับงาน:	วันที่รับงาน:	กำหนดแล้วเสร็จ:	วันที่แล้วเสร็จ:
ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ:			