

แบบฟอร์มการขอถ่ายภาพ-ถ่าย วี ดี โอ

ลำดับ

งานเวชภัณฑ์และเสดทัศน์ศึกษา

กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคลและคุณภาพ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

วันที่.....

ชื่อผู้ขอรับบริการ.....หน่วยงาน.....โทร.....

มีความประสงค์ขอรับบริการงานเสดทัศน์ศึกษา ดังนี้....

ถ่ายภาพทางการแพทย์

ถ่าย วี ดี โอ ทางกายภาพ

ถ่ายภาพกิจกรรมทั่วไป

ถ่าย วี ดี โอ กิจกรรมทั่วไป

จำนวน

รายละเอียด

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ผู้รับไปส่งงาน.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เหตุผล วัตถุประสงค์ (หัวหน้างานเสด) ผู้มอบหมายงานแก่.....ปฏิบัติ...../...../.....

ผู้มารับงาน (เขียนตัวบรรจง).....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

กรุณาส่งงานก่อนล่วงหน้า 7 วัน

ความพึงพอใจการให้บริการ

พอใจ

ไม่พอใจ(ระบุ).....

.....

.....