



ที่/.....

ชื่อหน่วยงาน

ที่อยู่

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง ขอเพิ่มสิทธิ สำหรับการใช้งาน National AIDS Program : NAP

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ฉบับ

สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรพนักงาน จำนวน ฉบับ

ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดให้มีโครงการบริหารจัดการโรคเอดส์/เอชไอวี/เอดส์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยให้หน่วยบริการสามารถเข้าถึงและบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลผู้ป่วยเอดส์/เอดส์ ใน National AIDS Program : NAP นั้น

ในการนี้(ชื่อหน่วยงาน)..... ขอแจ้งรายชื่อผู้ขอใช้งานใน National AIDS Program : NAP พร้อมทั้งได้แนบหลักฐานประกอบการขอ Username ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

ชื่อผู้รับผิดชอบ :

เลขประจำตัว 13 หลัก :

โทรศัพท์เคลื่อนที่ :

E-mail Address :

บทบาทที่ขอเข้าใช้งาน

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ บริการ Reach&Recruit | ☐ เจ้าหน้าที่ทางห้องปฏิบัติการ | ☐ ระบบชดเชย Seamless for DMIS |
| ☐ บริการ PrEP | ☐ เภสัชกรบริหารคลังยา | ☐ ระบบรายงาน NAP Web Report |
| ☐ บริการ VCT | ☐ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ | ☐ |
| ☐ บริการ ยาต้านไวรัส (HIV-Co) | ☐ แพทย์ผู้รักษา | ☐ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

.....

(...ชื่อตัวบรรจบของผู้บังคับบัญชา...)

ตำแหน่งผู้บังคับบัญชา/ชื่อหน่วยงานที่ขอ

..... (ชื่อหน่วยงาน)

หมายเลขโทรศัพท์

หมายเลขโทรสาร