



## แบบฟอร์มรีเช็ตรหัสผ่าน (โปรแกรม payslip)

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - นามสกุล : ..... ชื่อเล่น : .....

เลขบัตรประชาชน : ..... วัน / เดือน / ปี เกิด : .....

เพศ  ชาย  หญิง

ตำแหน่งหลัก :  แพทย์  ทันตแพทย์  เภสัชกร  พยาบาล  อื่นๆ.....

แผนก / สาขา : .....

เหตุผลที่ต้องรีเช็ตรหัสผ่าน:

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

ลงชื่อ.....ผู้ขอ

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(หัวหน้าฝ่าย/ หัวหน้าหน่วยงาน)