สำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลปราสาท

แบบคำขอดูข้อมูลและสำเนาข้อมูลภาพกล้องโทรทัศน์วงจรปิดโรงพยาบาลปราสาท

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน เจ้าหน้าที่กลุ่มภารกิจสุขภาพดิจิทัล

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
ปฏิบัติงานอยู่ที่กลุ่มงาน.....
เนื่องจากวันที่.....เวลาประมาณ.....นาฬิกา ได้สแกนลายนิ้วมือเข้างาน/เลิกงาน แต่ข้อมูลสแกนลายนิ้วมือดังกล่าวไม่ปรากฏในระบบสแกนลายนิ้วมือ ข้าพเจ้าจึงมีความประสงค์ที่จะ

๑. ☐ ดูอย่างเดียว
๒. ☐ ขอไฟล์ภาพ จำนวน.....ไฟล์
๓. ☐ ขอไฟล์วีดีโอ จำนวน.....ไฟล์

เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวไปประกอบเป็นพยานหลักฐาน ในการเบิกจ่ายค่าตอบแทนนอกเวลาราชการ ระหว่างการดูข้อมูลในกล้องโทรทัศน์วงจรปิด ข้าพเจ้าจะไม่บันทึกภาพ ไม่อัดเสียง ไม่ถ่ายภาพนิ่ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามข้อกำหนดของโรงพยาบาลปราสาท ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอ
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

ลงชื่อ.....หัวหน้ากลุ่มงานของผู้ขอ
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

ลงชื่อ.....หัวหน้ากลุ่มงานผู้รับคำขอ
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....