



## แบบคำขอรับการประเมิน

### “การพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล”

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า  นพ.  พ.ญ.  นาย  นาง  น.ส.....

ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....อีเมล.....

ในนามของ (ระบุชื่อหน่วยงาน).....

ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

มีความประสงค์ขอรับการประเมิน

“การพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล”

ตามรูปแบบระดับการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล ของสมาคมเวชสารสนเทศไทย (TMI Hospital IT Maturity Model)

ระดับ 1  ระดับ 2  ระดับ 3 ขอรับการตรวจประเมินเดือน (โปรดระบุ).....

ประวัติการขอรับการประเมิน

ไม่เคยรับการประเมิน

เคย โปรดระบุ ระดับการรับการประเมินที่ได้รับล่าสุด ระดับที่..... ได้รับเมื่อ.....

กรณีผ่านการประเมิน ท่านยินดีให้สมาคมเวชสารสนเทศไทยประชาสัมพันธ์ในสื่อต่างๆได้

ยินยอม

ไม่ยอม

ชื่อ-สกุล ผู้ประสานงาน .....

หมายเลขโทรศัพท์ที่ใช้ติดต่อ ..... อีเมล .....

ลงชื่อผู้ขอรับการประเมิน.....

( )

สิ่งที่ต้องจัดเตรียมให้ผู้ตรวจประเมิน

เอกสาร 7 หมวด จำนวน 3 ชุด

หมายเหตุ : กรุณาส่งแบบคำขอรับการประเมิน กลับมายังสมาคมเวชสารสนเทศไทย อีเมล official@tmi.or.th

หรือสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ คุณณภาพัฒน์ สมกลิ่น โทร. 085-223-3631