

แบบฟอร์มคำร้องขอ/สำเนาข้อมูลจากกล้องโทรทัศน์วงจรปิด

เขียนที่.....
วันที่..... เดือน พ.ศ.

เรื่อง ขออนุญาต/สำเนาข้อมูลจากกล้องโทรทัศน์วงจรปิด

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) อายุ..... ปี
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน..... บ้านเลขที่..... หมู่.....
ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
สังกัดหน่วยงาน.....

มีความประสงค์

☐ ขอข้อมูลเหตุการณ์.....

☐ ขอสำเนาข้อมูลเหตุการณ์.....

☐ ไฟล์ภาพนิ่ง

☐ ไฟล์ภาพเคลื่อนไหว

เหตุเกิดวันที่..... ช่วงเวลา..... น.

จุดเกิดเหตุหรือบริเวณที่เกิดเหตุ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้ขอข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการ (ผ่านหัวหน้าฝ่ายยุทธศาสตร์และระบบคุณภาพโรงพยาบาล)	
เรียน ผู้อำนวยการ	☐ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต เนื่องจาก สำหรับหัวหน้าฝ่ายยุทธศาสตร์และระบบคุณภาพโรงพยาบาล สำหรับผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์