



โรงพยาบาลหนองกุศล
Nongkungsri Hospital

แบบคำร้องขอเข้าดู/สำเนาข้อมูลภาพจากกล้องโทรทัศน์วงจรปิด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเข้าดู/สำเนาข้อมูลภาพจากกล้องโทรทัศน์วงจรปิด

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองกุศล

ข้าพเจ้า นาย,นาง,นางสาว.....อายุ ปี
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ ขอเข้าดูข้อมูลภาพ ขอสำเนาข้อมูลภาพ

ไฟล์ภาพนิ่ง

ไฟล์ภาพเคลื่อนไหว

เหตุเกิดวันที่.....ช่วงเวลา.....น. จุดเกิดเหตุหรือบริเวณที่เกิดเหตุ.....
.....หรือพื้นที่ตำแหน่งกล้องที่ติดตั้งจุดบริเวณ.....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าจะนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ตามวัตถุประสงค์ที่ระบุโดยเคร่งครัด จะไม่นำข้อมูลที่ได้รับไป
เผยแพร่หรือแสวงหาประโยชน์ในทางที่ไม่ชอบด้วยกฎหมาย และในกรณีที่เกิดความเสียหายแก่โรงพยาบาลหนองกุศล จาก
ข้อมูลดังกล่าว ข้าพเจ้าขอยินยอมรับผิดชอบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้นดังกล่าวในทุกกรณี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

ความเห็นเจ้าหน้าที่.....

ลงชื่อ.....หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป
(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ดูแล CCTV
(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของผู้อนุญาต.....

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(นายสัญญา สุปัญญาบุตร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองกุศล

หมายเหตุ

๑. การขอสำเนาข้อมูลภาพต้องนำหลักฐานการแจ้งความ พร้อมแผ่นบันทึกข้อมูล CD หรือDVD จำนวน ๒ ชุด