

แบบฟอร์มขอใช้ระบบ ACS REGISTRY

1. ชื่อผู้ใช้งาน
2. เลขบัตรประชาชน
3. ชื่อ
4. นามสกุล
5. ตำแหน่ง
6. อีเมลล์
7. เพศ ชาย หญิง
8. โทรศัพท์
9. เบอร์มือถือ
10. รหัสโรงพยาบาล
11. สังกัดโรงพยาบาล
12. โรงพยาบาลสามารถทำสวนหัวใจ ได้ ไม่ได้

แบบฟอร์มขอใช้ระบบ ACS REGISTRY

13. แพทย์โรคหัวใจ จำนวน คน

- | | | |
|---------|------------------------------------|------------------------------------|
| 1. | <input type="checkbox"/> Full Time | <input type="checkbox"/> Part Time |
| 2. | <input type="checkbox"/> Full Time | <input type="checkbox"/> Part Time |
| 3. | <input type="checkbox"/> Full Time | <input type="checkbox"/> Part Time |
| 4. | <input type="checkbox"/> Full Time | <input type="checkbox"/> Part Time |
| 5. | <input type="checkbox"/> Full Time | <input type="checkbox"/> Part Time |

14. แพทย์ที่ทำ Intervention

- | | | |
|---------|------------------------------------|------------------------------------|
| 1. | <input type="checkbox"/> Full Time | <input type="checkbox"/> Part Time |
| 2. | <input type="checkbox"/> Full Time | <input type="checkbox"/> Part Time |
| 3. | <input type="checkbox"/> Full Time | <input type="checkbox"/> Part Time |
| 4. | <input type="checkbox"/> Full Time | <input type="checkbox"/> Part Time |
| 5. | <input type="checkbox"/> Full Time | <input type="checkbox"/> Part Time |