วันที่แจ้ง .....

แบบขอใช้/ต่ออายุบริการ เครือข่ายข้อมูล กรมการแพทย์

ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กรมการแพทย์

1.ประเภทสมาชิก ☐ สมัครสมาชิกใหม่ ☐ ต่ออายุสมาชิก

2 : ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว).....

โปรดระบุ ชื่อ-นามสกุล ภาษาอังกฤษ (ไม่ต้องใส่คำนำหน้า)

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน..... E-mail.....

วัน เดือน ปี เกิด ...../...../..... เพศ ☐ชาย ☐หญิง

3. เป็น☐ข้าราชการ☐พนักงานราชการ☐ลูกจ้างประจำ☐ลูกจ้างชั่วคราว

4. ชื่อหน่วยงาน.....

ตำแหน่งสายงาน.....ระดับ.....ตำแหน่งบริหาร.....

โทรศัพท์ (.....).....โทรสาร (.....) .....

5. สถานที่อยู่ เลขที่.....ถนน .....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

USER NAME (ภาษาอังกฤษตัวพิมพ์เล็กไม่เกิน 8 ตัวอักษร)

.....

ใช้ user name เดิมในกรณีต่ออายุสมาชิกหรือย้ายสถานที่ทำงาน

PASSWORD.....(<u>ภาษาอังกฤษตัวพิมพ์เล็กผสมตัวเลข</u> 8 ตัวอักษร)

ลงชื่อ	ลงชื่อ .....
ผู้ขอใช้บริการ (.....)	ผู้บังคับบัญชา/หัวหน้ากลุ่มงาน
ตำแหน่ง	(.....)
วัน เดือน ปี ...../...../.....	วัน เดือน ปี ...../...../.....

เงื่อนไข 1. ผู้สมัครสมาชิกต้องเป็นเป็นข้าราชการ/พนักงานราชการ/ลูกจ้างประจำ/ลูกจ้างชั่วคราวของกรมการแพทย์ เท่านั้น

2. ไม่รับสมัครทางโทรสาร หากย้ายสถานที่ทำงานขอให้แจ้งศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (02-591-6315)

3. จะต้องมีผู้บังคับบัญชา/หัวหน้ากลุ่มงานลงนามในใบสมัคร

4. จะต้องแนบสำเนาภาพถ่ายบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชนแนบมาพร้อมใบสมัคร

5. สมาชิกต้องต่ออายุทุกปีโดยใช้แบบฟอร์มและเงื่อนไขนี้ อายุสมาชิกจะคำนวณจากวันที่ลงทะเบียน

6. หากใบสมัครเงื่อนไขไม่ครบตามข้อ 1-5 ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารจะไม่ดำเนินการให้