



แบบคำขอเปิดสิทธิ์เข้าใช้งานระบบ CDMS (volunteer permission)

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ส่วนที่ 1 ประวัติส่วนบุคคลของผู้ขอสิทธิ์เข้าใช้งานระบบ CDMS | |
| หมายเลขบัตรประชาชน <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| คำนำหน้า-ชื่อ-สกุล..... ที่อยู่..... โทรศัพท์มือถือ.....E-mail..... | |
| ประเภทของทีมเครือข่าย <input type="checkbox"/> อสม. <input type="checkbox"/> อย.น้อย <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... เขตพื้นที่รับผิดชอบ/สถานศึกษาปัจจุบัน..... | |
| ส่วนที่ 2 คำรับรองของผู้ขอใช้งานระบบ UPAS | |
| ข้าพเจ้า.....(ผู้ขอใช้งานระบบ) จะดูแล รักษาข้อมูลบัญชีชื่อผู้ใช้งาน (User Account) และรหัสผ่าน (Password) โดยมีบัญชีชื่อผู้ใช้งานของตนเอง และไม่ใช้บัญชีเข้าใช้งานร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งไม่เผยแพร่ แจกจ่าย หรือให้ผู้อื่นล่วงรู้รหัสผ่าน รวมทั้งจะปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์อย่างเคร่งครัด | |
| ผู้ขอใช้งานระบบ ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่...../...../..... | ผู้ตรวจสอบการยื่นคำขอ ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่...../...../..... |

หมายเหตุ

ให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) เป็นผู้ตรวจสอบการยื่นคำขอ และจัดส่งคำขอฉบับนี้ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่อไป