แบบฟอร์มขอใช้ระบบเครือข่าย Internet
(ภายในอาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและชัดเจน

1. ส่วน / ฝ่าย /กลุ่มงาน ..... สำนัก / กอง.....

   กรม.....โทรศัพท์.....

2. ชื่อ.....สกุล..... (ภาษาไทย)

   □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (ภาษาอังกฤษ)

3. เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก

   □□□□□□□□□□□□□

4. **User Name**……..……**Password**…….…..

หมายเหตุ

1. User Name ใช้ภาษาอังกฤษ ไม่ต่ำกว่า 3 ตัวอักษร แต่ไม่เกิน 20 ตัวอักษร
2. Password ใช้ภาษาอังกฤษ 8 ตัวอักษรขึ้นไป เล็ก/ใหญ่ คละตัวเลข
3. เมื่อเข้าสู่ระบบจะต้อง Log on ด้วย User Name ของตนเองทุกครั้ง
4. หลังเลิกการใช้งานจะต้อง Log off ออกจากระบบทุกครั้ง
5. ทางศูนย์จะจัดส่ง User Name , Password ตามที่อยู่ที่ได้กรอกข้อมูลไว้
6. ถ้ามีข้อสงสัยให้ติดต่อเจ้าหน้าที่ โทร. 02 590 2198

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