



แบบฟอร์มสมัครขอใช้/ต่ออายุ การใช้งานอินเทอร์เน็ตกรมการแพทย์

ข้อมูลผู้สมัคร (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจง)

ประเภทสมาชิก สมัครสมาชิกใหม่ ต่ออายุสมาชิก
คำนำหน้า นาย นาง นางสาว อื่นๆ โปรดระบุ.....
ชื่อ-นามสกุล (ไทย)
ชื่อ-นามสกุล (อังกฤษ)
เลขประจำตัวประชาชน ----
วัน/เดือน/ปี เกิด / / เช่น 09/05/2550
ตำแหน่ง
หน่วยงาน กอง/ฝ่าย/กลุ่ม.....
ที่อยู่ เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์.....

การกำหนด USER NAME / PASSWORD ผู้ใช้งาน

USER NAME (ภาษาอังกฤษตัวพิมพ์เล็กไม่เกิน 8 ตัวอักษร)

User :

PASSWORD (ภาษาอังกฤษตัวพิมพ์เล็กผสมตัวเลข 8 ตัวอักษร)

Pass :

มีความประสงค์ขอใช้ User/Pass เดิม กรณีต่ออายุสมาชิก

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่...../...../พ.ศ.....

- เงื่อนไข
1. ผู้สมัครสมาชิกต้องเป็นข้าราชการ/พนักงานราชการ/ลูกจ้างประจำ/ลูกจ้างชั่วคราวของกรมการแพทย์ เท่านั้น
 2. สมาชิกต้องต่ออายุการใช้งานทุกปีโดยใช้ฟอร์มและเงื่อนไขนี้ โดยอายุการใช้งานสมาชิกจะคำนวณจากวันที่ลงทะเบียน
 3. ไม่รับสมัครสมาชิกผ่านเบอร์โทรศัพท์