



แบบฟอร์มสมัครขอใช้งานอินเทอร์เน็ตกรมการแพทย์

ข้อมูลผู้สมัคร (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจง)

No.

คำนำหน้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ โปรดระบุ..... วันที่/...../.....

ชื่อ-นามสกุล (ไทย)

ชื่อ-นามสกุล (อังกฤษ)

ตำแหน่ง

หน่วยงาน กอง/ฝ่าย/กลุ่ม.....

เบอร์โทรศัพท์.....

Line ID : (เพื่อช่วยในการติดต่อประสานงาน)

(1) ลงนาม ผู้ร้องขอ	(2) ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก..... ลงนาม ผู้อนุมัติ (ผู้อำนวยการ/หัวหน้า ต้นสังกัดผู้ร้องขอ)
(3) ลงนาม Document Controller	(4) ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก..... ลงนาม ผู้อนุมัติ (ISMR / หัวหน้ากลุ่มงานเทคโนโลยีดิจิทัล)
(5) ☐ ดำเนินการเสร็จสิ้น ☐ ไม่สำเร็จ เนื่องจาก ลงนาม ผู้ดำเนินการ	

****หมายเหตุ** 1. ผู้สมัครสมาชิกต้องเป็นข้าราชการ/พนักงานราชการ/ลูกจ้างประจำ/ลูกจ้างชั่วคราวของกรมการแพทย์ เท่านั้น

2. ไม่รับสมัครสมาชิกผ่านเบอร์โทรศัพท์

3. ใช้เวลาดำเนินการ 2 วันทำการ ขึ้นตอนต่อไป User กรอกข้อมูลเพิ่มเติมตามลิงค์ด้านล่างนี้

<http://register.dms.go.th/> เพื่อใช้งานระบบอินเทอร์เน็ตกรมการแพทย์

4. กรณีพบปัญหา / ติดขัดประการใดกรุณาติดต่อ โทร.02590 6383