

**แบบฟอร์มขอรหัสผู้ใช้ (User-ID) เพื่อสมัครเข้าใช้งานโปรแกรม BMA Home Ward Referral
ในระบบอินเทอร์เน็ต ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร**

ข้าพเจ้า ชื่อ - สกุล นาย นาง นางสาว

ชื่อ-สกุล (Mr. Mrs. Miss (ภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่).....

เลขบัตรประชาชน.....ตำแหน่ง

หน่วยงาน.....

อยู่ภายใต้ศูนย์บริการสาธารณสุข.....

เบอร์โทรศัพท์..... เบอร์มือถือ.....

E-mail..... (เพื่อรับรหัส User-ID และ Password ของท่าน)

ขอสมัครเข้าใช้งานโปรแกรม BMA Home Ward Referral ในระบบอินเทอร์เน็ต ของสำนักอนามัย
ในตำแหน่งผู้บันทึกข้อมูลในโปรแกรมและผู้ตรวจสอบข้อมูล

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับทราบพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. ๒๕๕๐ และ
¹พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๗ เป็นอย่างดีแล้ว

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....
...../...../.....

(ผู้สมัครเข้าใช้งานโปรแกรม BMA Home Ward Referral)

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....
...../...../.....

(ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแลการดำเนินการ)

กรุณาส่งกลับที่ E-mail : it_nurse@hotmail.com หรือโทรสาร 02-276-3911

หมายเหตุ:

¹ “ข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล เป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยในประการที่น่าจะทำให้ผู้อื่นเสียหายนั้นไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของบุคคลนั้นโดยตรงหรือมีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย แต่ไม่ว่ากรณีใด ๆ ผู้ใดจะอาศัยอำนาจหรือสิทธิ ตามกฎหมายว่าด้วยข้อมูลข่าวสารของราชการหรือกฎหมายอื่น เพื่อขอเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลที่ไม่ใช่ของคณนั้นไม่ได้”