

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 .....

ศูนย์บริการสาธารณสุข/โรงพยาบาล/คลินิก.....

หน่วยงาน.....

เบอร์โทรศัพท์..... เบอร์มือถือ.....

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

ขอสมัครเข้าใช้งานโปรแกรม BMA Home Ward Referral ในระบบอินเทอร์เน็ต ของสำนักอนามัย  
ในตำแหน่งผู้บันทึกข้อมูลโปรแกรมและผู้ตรวจสอบข้อมูล

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับทราบพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. ๒๕๕๐ และ  
<sup>1</sup>พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๗ เป็นอย่างดีแล้ว

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....  
...../...../.....

(ผู้สมัครเข้าใช้งานโปรแกรม BMA Home Ward Referral)

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....  
...../...../.....

(ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแลการดำเนินการ)

กรุณาส่งกลับที่ E-mail : [it\\_nurse@hotmail.com](mailto:it_nurse@hotmail.com) หรือโทรสาร 02-276-3911

หมายเหตุ:

<sup>1</sup> “ข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล เป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยในประการที่น่าจะทำให้ผู้อื่นเสียหายนั้นไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของบุคคลนั้นโดยตรงหรือมีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย แต่ไม่ว่ากรณีใด ๆ ผู้ใดจะอาศัยอำนาจหรือสิทธิ ตามกฎหมายว่าด้วยข้อมูลข่าวสารของราชการหรือกฎหมายอื่น เพื่อขอเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลที่ไม่ใช่ของตนนั้นไม่ได้”