

แบบขอรหัสผู้ใช้ (User ID) เพื่อใช้โปรแกรมระบบสารสนเทศศูนย์บริการสาธารณสุข (HCIS)

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) นาย / นาง / นางสาว / อื่นๆ(ระบุ).....

ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ) Mr. / Mrs. / Miss / Others(Please specify).....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนหมายเลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

ตำแหน่ง ข้าราชการ บุคคลภายนอก

สังกัด(ระบุ)

เบอร์โทรศัพท์..... มือถือ..... e-mail.....

ขอสมัครเข้าใช้งานโปรแกรมระบบสารสนเทศศูนย์บริการสาธารณสุข (HCIS) ของสำนักอนามัย ในตำแหน่ง

ผู้บริหารกอง/สำนักงาน ผู้บริหารศูนย์บริการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ผู้ใช้งานระบบ

ระบบงาน :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ระบบงานคลินิกตรวจรักษา | <input type="checkbox"/> ระบบงานคลินิกทันตกรรม | <input type="checkbox"/> ระบบงานคลินิกผิวหนัง |
| <input type="checkbox"/> ระบบงานชันสูตรโรค | <input type="checkbox"/> ระบบงานรังสีวินิจฉัย | <input type="checkbox"/> ระบบสุขภาพนักเรียน |
| <input type="checkbox"/> ระบบงานสังคมสงเคราะห์และ
เวชศาสตร์ฟื้นฟู | <input type="checkbox"/> ระบบบำบัดและรักษาผู้ติดยาและ
สารเสพติด | <input type="checkbox"/> ระบบงานคลินิกโรคติดต่อทาง
เพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ |
| <input type="checkbox"/> ระบบงานคลินิกสร้างเสริมสุขภาพ
(สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค) | <input type="checkbox"/> ระบบงานคลินิกสร้างเสริมสุขภาพ
(ฝากครรภ์) | <input type="checkbox"/> ระบบงานคลินิกสร้างเสริมสุขภาพ
(วางแผนครอบครัว) |
| <input type="checkbox"/> ระบบงานส่งเสริมสุขภาพเฉพาะ
กลุ่มที่สำคัญ | <input type="checkbox"/> ระบบงานสุขภาพจิตและ
คลินิกสุขภาพจิต | <input type="checkbox"/> ระบบงานการสาธารณสุขและ
ระบบงานควบคุมป้องกันโรคและ
ส่งเสริมสุขภาพในชุมชน |
| <input type="checkbox"/> ระบบสืบค้นประวัติการรักษา | <input type="checkbox"/> ระบบส่งต่อผู้ป่วย | <input type="checkbox"/> ระบบงานศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา |
| <input type="checkbox"/> ระบบงานห้องจ่ายยาและ
บริหารเวชภัณฑ์ | <input type="checkbox"/> ระบบงานห้องรับเงิน | <input type="checkbox"/> ระบบงานสัตว์แพทย์ |
| <input type="checkbox"/> ระบบสารสนเทศส่วนกลาง | <input type="checkbox"/> บันทึกข้อมูลการลดหย่อน
ค่ารักษาพยาบาล | <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ)..... |

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับทราบพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ.๒๕๕๐ พระราชบัญญัติว่าด้วยการ
กระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๖๐ และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ มาตรา ๗ เป็นอย่างดีแล้ว
และได้แนบสำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ มาด้วยแล้ว (ทั้งนี้ การขอ “บันทึกข้อมูลการลดหย่อนค่ารักษาพยาบาล” ให้แนบคำสั่ง
มอบหมายให้ข้าราชการปฏิบัติหน้าที่ในการยกเว้นหรือลดหย่อนค่าบริการทางการแพทย์ด้วย)

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

(ผู้สมัครเข้าใช้งานโปรแกรม HCIS)

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

(ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแลการดำเนินการ)