

**แบบขอรหัสผู้ใช้ (User ID) เพื่อใช้โปรแกรมระบบสารสนเทศศูนย์บริการสาธารณสุข (HCIS)  
สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร**

ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย)  นาย  นาง  นางสาว.....  
 ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่)  Mr.  Mrs.  Miss .....  
 ตำแหน่ง.....ศูนย์บริการสาธารณสุข.....  
 หน่วยงานอื่น (ระบุ).....  
 เบอร์โทรศัพท์.....มือถือ.....  
 e-mail.....

ขอสมัครเข้าใช้งานโปรแกรมระบบสารสนเทศศูนย์บริการสาธารณสุข (HCIS) ของสำนักอนามัย ในตำแหน่ง  
 ผู้บริหารหน่วยงาน       ผู้ดูแลระบบ       เจ้าหน้าที่ผู้ใช้งานระบบ

ระบบงาน :

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ระบบงานคลินิกตรวจรักษา                                      | <input type="checkbox"/> ระบบงานคลินิกทันตกรรม                       | <input type="checkbox"/> ระบบงานคลินิกวิญโรค   |
| <input type="checkbox"/> ระบบงานชันสูตรโรค   | <input type="checkbox"/> ระบบงานรังสีวินิจฉัย                        | <input type="checkbox"/> ระบบสุขภาพนักเรียน  |
| <input type="checkbox"/> ระบบงานสังคมสงเคราะห์และ<br>เวชศาสตร์ฟื้นฟู                 | <input type="checkbox"/> ระบบบำบัดและรักษาผู้ติดยาและ<br>สารเสพติด   | <input type="checkbox"/> ระบบงานคลินิกโรคติดต่อทาง<br>เพศสัมพันธ์และ โรคเอดส์                          |
| <input type="checkbox"/> ระบบงานคลินิกสร้างเสริมสุขภาพ<br>(สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค) | <input type="checkbox"/> ระบบงานคลินิกสร้างเสริมสุขภาพ<br>(ฝากครรภ์) | <input type="checkbox"/> ระบบงานคลินิกสร้างเสริมสุขภาพ<br>(วางแผนครอบครัว)                             |
| <input type="checkbox"/> ระบบงานส่งเสริมสุขภาพเฉพาะกลุ่ม<br>ที่สำคัญ                 | <input type="checkbox"/> ระบบงานสุขภาพจิตและ<br>คลินิกสุขภาพจิต      | <input type="checkbox"/> ระบบงานการสาธารณสุขและ<br>ระบบงานควบคุมป้องกันโรคและ<br>ส่งเสริมสุขภาพในชุมชน |
| <input type="checkbox"/> ระบบสืบค้นประวัติการรักษา                                   | <input type="checkbox"/> ระบบส่งต่อผู้ป่วย                           | <input type="checkbox"/> ระบบงานศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา   |
| <input type="checkbox"/> ระบบงานห้องจ่ายยาและ<br>บริหารเวชภัณฑ์                      | <input type="checkbox"/> ระบบงานห้องรับเงิน                          | <input type="checkbox"/> ระบบงานสัตว์แพทย์   |
| <input type="checkbox"/> ระบบสารสนเทศส่วนกลาง  | <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....                           |  |

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับทราบพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ.๒๕๕๐ และ  
 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ มาตรา ๗ เป็นอย่างดีแล้ว และได้แนบสำเนาบัตรประชาชน/บัตร  
 ข้าราชการ มาด้วยแล้ว

ลงชื่อ.....  
 (.....)  
 ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....  
 (ผู้สมัครเข้าใช้งานโปรแกรม HCIS)

ลงชื่อ.....  
 (.....)  
 ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....  
 (ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแลการดำเนินการ)