

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

ข้าพเจ้า ชื่อ - สกุล นาย นาง นางสาว

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

ตำแหน่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข.....หน่วยงานอื่น (ระบุ).....

เบอร์โทรศัพท์..... เบอร์มือถือ.....

ขอสมัครเข้าใช้งานโปรแกรม BMA Home Ward Referral ในระบบอินเทอร์เน็ต ของสำนักอนามัย ในตำแหน่งผู้บันทึกข้อมูลโปรแกรมและผู้ตรวจสอบข้อมูล

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับทราบพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. ๒๕๕๐ และ¹พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๗ เป็นอย่างดีแล้ว และได้แนบสำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ มาด้วยแล้ว โดยขอรับ (User-ID) และรหัสผ่าน (Password) รับทาง email.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

...../...../.....

(ผู้สมัครเข้าใช้งานโปรแกรม BMA Home Ward Referral)

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

...../...../.....

(ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแลการดำเนินการ)

หมายเหตุ:

¹ “ข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล เป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยในประการที่น่าจะทำให้ผู้อื่นเสียหายนั้นไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของบุคคลนั้นโดยตรงหรือมีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย แต่ไม่ว่ากรณีใด ๆ ผู้ใดจะอาศัยอำนาจหรือสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยข้อมูลข่าวสารของราชการหรือกฎหมายอื่น เพื่อขอเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลที่ไม่ใช่ของตนนั้นไม่ได้”