

**แบบขอรหัสผู้ใช้ (User-id) เพื่อสมัครเข้าใช้งานโปรแกรม POFF๓ ในระบบอินเทอร์เน็ต
ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร**

ข้าพเจ้า ชื่อ - สกุล นาย นาง นางสาว

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

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

เบอร์โทรศัพท์..... เบอร์มือถือ.....

ขอสมัครเข้าใช้งานโปรแกรม POFF๓ ในระบบอินเทอร์เน็ต ของสำนักอนามัย ในตำแหน่ง

- ผู้บันทึกข้อมูลในโปรแกรม*
- ผู้ตรวจสอบข้อมูลและบริหารข้อมูลในโปรแกรม**
- ผู้บริหารและผู้ใช้รายงานในโปรแกรม***

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับทราบพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. ๒๕๕๐ และ
¹พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 7 เป็นอย่างดีแล้ว และได้แนบสำเนาบัตรประชาชน/บัตร
ข้าราชการ มาด้วยแล้ว โดยขอรับ (User-id) และรหัสผ่าน (Password) รับทาง email.....

ลงชื่อ.....

()

ลงชื่อ.....

()

ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข/
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข

วันที่

หมายเหตุ:

* ผู้บันทึกข้อมูลในโปรแกรม POFF๓ มีหน้าที่ในการบันทึกข้อมูล แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพครอบครัว ในโปรแกรม สามารถปรับแก้ไขข้อมูลได้ แต่ไม่สามารถลบข้อมูลภายหลังบันทึกได้

** ผู้ตรวจสอบข้อมูล / ปรับแก้ไขข้อมูล / ตรวจสอบรายงานต่างๆมีหน้าที่ตรวจสอบข้อมูล และสามารถปรับแก้ไขข้อมูลได้และลบข้อมูลได้

*** ผู้บริหารและผู้ใช้รายงานในโปรแกรม มีหน้าที่เปิดใช้รายงาน ไม่สามารถปรับแก้ไขข้อมูลได้

¹ “ข้อมูลด้านสุขภาพของคุณ เป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยในประการที่น่าจะทำให้ผู้อื่นเสียหายนั้นไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของคุณนั้นโดยตรงหรือมีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย แต่ไม่ว่ากรณีใด ๆ ผู้ใดจะอาศัยอำนาจหรือสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยข้อมูลข่าวสารของราชการหรือกฎหมายอื่น เพื่อขอเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพของคุณที่ไม่ใช่ของคุณนั้นไม่ได้”