# แบบฟอร์มสมัครขอใช้งานอินเทอร์เน็ตกรมการแพทย์

**ข้อมูลผู้สมัคร** *(กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจง)* No. .....

**คำนำหน้า** ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ โปรดระบุ..... วันที่ ...../...../.....

**ชื่อ-นามสกุล (ไทย)** .....

**ชื่อ-นามสกุล (อังกฤษ)** .....

**ตำแหน่ง** .....

**หน่วยงาน** .....กอง/ฝ่าย/กลุ่ม.....

**เบอร์โทรศัพท์**.....

**Line ID** : ..... (เพื่อช่วยในการติดต่อประสานงาน)

**********

| | |
|---|---|
| (1) ลงนาม<br><br>ผู้ร้องขอ | (2) ☐ อนุมัติ<br>☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....<br>ลงนาม<br><br>ผู้อนุมัติ (ผู้อำนวยการ/หัวหน้า ต้นสังกัดผู้ร้องขอ) |
| (3) ลงนาม<br><br>Document Controller | (4) ☐ อนุมัติ<br>☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....<br>ลงนาม<br><br>ผู้อนุมัติ (ISMR / หัวหน้ากลุ่มงานเทคโนโลยีดิจิทัล) |
| (5) ☐ ดำเนินการเสร็จสิ้น<br>☐ ไม่สำเร็จ เนื่องจาก .....<br>ลงนาม<br><br>ผู้ดำเนินการ | |

****หมายเหตุ 1. ผู้สมัครสมาชิกต้องเป็นข้าราชการ/พนักงานราชการ/ลูกจ้างประจำ/ลูกจ้างชั่วคราวของกรมการแพทย์ <u>เท่านั้น</u>**

**2. ไม่รับสมัครสมาชิกผ่านเบอร์โทรศัพท์**

**3. <u>ใช้เวลาดำเนินการ 2 วันทำการ</u> ขั้นตอนต่อไป User** กรอกข้อมูลเพิ่มเติมตามลิงค์ด้านล่างนี้

<u>http://register.dms.go.th/</u> เพื่อเข้าใช้งานระบบอินเตอร์กรมการแพทย์

**4. กรณีพบปัญหา / ติดขัดประการใดกรุณาติดต่อ โทร.02590 6383**