

แบบฟอร์มลงทะเบียนผู้ใช้งานโปรแกรมระบบรับเรื่องร้องเรียนและคุ้มครองการละเมิดสิทธิด้านเอดส์
(Crisis Response System: CRS)

ชื่อหน่วยงาน.....

หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรสาร.....

ข้าพเจ้าได้รับมอบหมายให้ลงทะเบียนผู้ใช้งานโปรแกรมระบบรับเรื่องร้องเรียนและคุ้มครองการละเมิดสิทธิ
ด้านเอดส์ (Crisis Response System: CRS)

ชื่อ-สกุล :

ตำแหน่ง :

เลขประจำตัว 13 หลัก :

(โปรดแนบเอกสารสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมรับรองสำเนา 1 ฉบับ เพื่อเป็นข้อมูลยืนยันตัวตน)

หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ :

E-mail Address:

ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงปฏิบัติตามแนวทางดังนี้

1. ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ไม่ใช้ประโยชน์จากข้อมูล หรือกระทำการใดๆ นอกเหนือจากกระบวนการ
ที่จำเป็นต่อการช่วยเหลือผู้ถูกละเมิดสิทธิ
2. การนำเสนอข้อมูลต่อสาธารณะที่นอกเหนือจากคณะทำงานที่ให้การช่วยเหลือ จะไม่เปิดเผยชื่อ-สกุล
เลขประจำตัวประชาชน ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน หรือข้อมูลใดที่เป็นการบ่งชี้บุคคลของผู้ถูกละเมิดสิทธิ

ลายมือชื่อ.....

(.....)

ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

การรับรองจากผู้บังคับบัญชา (เป็นข้าราชการระดับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผอ.ศูนย์/สำนัก/กอง/ชำนาญการพิเศษ)

ข้าพเจ้ามอบหมายให้เจ้าหน้าที่ท่านดังกล่าวเป็นผู้รับผิดชอบและลงทะเบียนผู้ใช้งานโปรแกรมระบบ
รับเรื่องร้องเรียนและคุ้มครองการละเมิดสิทธิด้านเอดส์ (Crisis Response System: CRS) ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้น
เป็นความจริงทุกประการ

ลายมือชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.