

แบบขอใช้บริการ E-MAIL
(ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนและชัดเจน

1.ประเภทสมาชิก ☐ สมัครสมาชิกใหม่ ☐สมาชิกเก่าย้ายสถานที่ทำงาน (ไม่ต้องแนบสำเนาบัตรข้าราชการ/ลูกจ้าง)

2.ชื่อ-นามสกุล (นาย / นาง / นางสาว).....(ภาษาไทย)
(Mr. / Mrs. / Miss).....(ภาษาอังกฤษ)

3.เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4.เป็นข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ ตำแหน่งทางสายงาน.....

5.สถานที่ทำงาน ชื่อหน่วยงาน.....ที่ตั้งถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์(.....).....โทรสาร(.....).....

6.สถานที่อยู่ เลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

7.หน้าที่ความรับผิดชอบ.....
.....

ลงชื่อ	ลงชื่อ
ผู้ขอใช้บริการ (.....)	ผู้บังคับบัญชา (.....)
ตำแหน่ง	ระดับผู้อำนวยการขึ้นไป
วัน เดือน ปี/...../.....	วัน เดือน ปี/...../.....

- เงื่อนไข**
1. ผู้สมัครสมาชิกต้องกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน
 2. ผู้สมัครสมาชิกจะต้องเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เท่านั้น (ยกเว้นสมาชิกแพทย์เดิมจากกระทรวงกลาโหม และ กทม.)
 3. หากย้ายสถานที่ทำงานขอให้แจ้งด้วย
 4. จะต้องเป็นผู้บังคับบัญชาลงนามในใบสมัคร
 5. จะต้องแนบสำเนาภาพถ่ายบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชนของลูกจ้างประจำแนบมาพร้อมใบสมัคร
 6. หากใบสมัครเงื่อนไขไม่ครบตามข้อ 1-5 ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร จะไม่ดำเนินการให้