

แบบขอใช้งานระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Data Center) จังหวัดชัยนาท

เรื่อง ขอใช้งานระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Data Center) จังหวัดชัยนาท

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยนาท

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....บัตรประชาชนเลขที่.....  
ตำแหน่ง.....ปฏิบัติงานที่.....แผนก.....  
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน.....หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....  
E-Mail.....

มีความประสงค์จะใช้งานระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Data Center) จังหวัดชัยนาท โดยข้าพเจ้าตกลงที่จะใช้งานระบบคลังสุขภาพ (Data Center) จังหวัดชัยนาท (ผู้ให้บริการ) ยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขการใช้งานระบบคลังสุขภาพนี้ ในการจัดเก็บข้อมูลการจราจรทางคอมพิวเตอร์อันเกิดจากการเข้าใช้งานในนาม (User Name) ของข้าพเจ้าไว้เพื่อให้สามารถตรวจสอบโดยผู้ดูแลระบบคลังข้อมูลสุขภาพเมื่อจำเป็น หรือโดยพนักงานเจ้าหน้าที่เมื่อมีการร้องขอ และจะปฏิบัติตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ.2550 อย่างเคร่งครัด ในกรณีที่มีการกระทำความผิดอื่นใดที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Data Center) องค์กร หน่วยงาน หรือผู้หนึ่งผู้ใดในนามของข้าพเจ้า หรือข้าพเจ้าได้ฝ่าฝืนพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ.2550 ข้าพเจ้ายินยอมให้มีการดำเนินคดีกับข้าพเจ้าได้ตามกฎหมาย และวินัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....ผู้ขอใช้บริการ      ลงชื่อ.....  
(.....)      (.....)  
ตำแหน่ง.....      วันที่...../...../.....  
วันที่...../...../.....      นายทะเบียน รพ. / สสอ.

ลงชื่อ.....      ลงชื่อ.....นายทะเบียน  
(.....)      (.....)  
ตำแหน่ง.....      วันที่...../...../.....  
วันที่...../...../.....      นายทะเบียนจังหวัด

ผู้บังคับบัญชา ลงนามรับรอง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท      ( ) อนุมัติ      ( ) ไม่อนุมัติ  
ให้ (นาย/นาง/นางสาว).....ใช้งานระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Data Center)  
จังหวัดชัยนาท โดยใช้ User Name.....Password.....

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ  
(นายพัลลภ ยอดศิริจินดา)  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยนาท

\*\*\* หลักฐานการสมัคร สำเนาบัตรประชาชน จำนวน 1 ฉบับ \*\*\*