

No.

Date.



แบบฟอร์มสมัครขอใช้งานจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ภาครัฐ กรมการแพทย์
@dms.mail.go.th

ข้อมูลผู้สมัคร (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจง)

คำนำหน้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

ชื่อ-นามสกุล (ไทย)

ชื่อ-นามสกุล(อังกฤษ)

เลขประจำตัวประชาชน -

วัน/เดือน/ปี เกิด / / เช่น 09/05/2550

ตำแหน่ง

หน่วยงาน กอง/ฝ่าย/กลุ่ม.....

ที่อยู่ เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....

ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์.....

ข้อมูลการใช้งานระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์

☐ ต้องการสมัครขอใช้งานระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ กรมการแพทย์

☐ ไม่ต้องการสมัครขอใช้งานระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ กรมการแพทย์

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่...../...../พ.ศ.....

หมายเหตุ : กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้วกรุณาส่งมาที่ สำนักดิจิทัลการแพทย์ โทร. 0 2590 6311 หรือส่ง FAX มาที่ 025918278