

หน่วยงาน.....

ที่.....

ลงวันที่.....

แบบฟอร์มผู้ขอใช้บริการระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)

(สำหรับ คอ.ปส.จ/คอ.ปส.กทม./ศป.ปส.อ./คอ.ปส.เขต)

ส่วนที่ 1 (สำหรับผู้ขอใช้บริการ)

- ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....  
Name.....Surname.....  
เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□  
โทรศัพท์..... E-mail.....
- ประเภท (ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ต้องการ)  
ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว  อื่นๆ.....
- สังกัด หน่วยงาน.....กระทรวง.....  
โทรศัพท์.....
- สิทธิ์การใช้ระบบ(ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ต้องการ) (บุคคล 1 คนมีมากกว่า 1 บทบาทหน้าที่ได้ ซึ่งต้องมีรหัสผู้ใช้ตามบทบาทหน้าที่นั้นๆ)

	บทบาทหน้าที่	สิทธิ์การเข้าถึงระบบ	กำหนดชื่อผู้ใช้ (Username)
<input type="checkbox"/>	ศป.ปส.อ./ศป.ปส.เขต	<input type="checkbox"/> คัดกรอง <input type="checkbox"/> บำบัด <input type="checkbox"/> ติดตาม <input type="checkbox"/> ช่วยเหลือ	
<input type="checkbox"/>	ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	<input type="checkbox"/> บำบัด <input type="checkbox"/> ติดตาม	
<input type="checkbox"/>	ศูนย์ให้ความช่วยเหลือระดับจังหวัด (คอ.ปส.จ./คอ.ปส.กทม.)	<input type="checkbox"/> ช่วยเหลือ	
<input type="checkbox"/>	คอ.ปส.จ./คอ.ปส.กทม.	<input type="checkbox"/> ผู้ดูแลระบบ	

- ข้าพเจ้าตกลงขอเข้าใช้งานระบบข้อมูล บสต. และยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัยสำหรับผู้ใช้งานระบบข้อมูล บสต. โดยจัดเก็บ User และ Password เป็นความลับ ข้าพเจ้าปฏิบัติตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550/พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540/พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐/พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒/ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการคุ้มครองและจัดการข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล พ.ศ. 2561 อย่างเคร่งครัด ในกรณีที่มีการกระทำอันก่อให้เกิดความเสียหายต่อระบบข้อมูล บสต. หรือผู้หนึ่งผู้ใดในนามของข้าพเจ้า ได้ฝ่าฝืนเงื่อนไขดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการกับข้าพเจ้าได้ตามกฎหมายและวินัยทางราชการ
- ลายมือชื่อผู้ให้บริการ.....
- ชื่อผู้บังคับบัญชาของผู้ให้บริการ

ลายมือชื่อ.....

(ตัวบรรจง).....

วันที่.....

ส่วนที่ 2 (สำหรับเจ้าหน้าที่ คอ.ปส.จ/คอ.ปส.กทม. ที่ทำหน้าที่ Admin)

ลายมือชื่อ.....

(ตัวบรรจง).....โทรศัพท์.....วันที่.....

รหัสผู้ใช้.....Password.....(เมื่อได้รับสิทธิ์แล้วให้เปลี่ยนรหัสลับใหม่)

รหัสผู้ใช้.....Password.....(เมื่อได้รับสิทธิ์แล้วให้เปลี่ยนรหัสลับใหม่)

รหัสผู้ใช้.....Password.....(เมื่อได้รับสิทธิ์แล้วให้เปลี่ยนรหัสลับใหม่)

หมายเหตุ ส่วนที่ 2 กรุณาส่งคืนให้ผู้ขอใช้บริการระบบ