



ใบสมัครขอใช้งานจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ภาครัฐ กรมการแพทย์
(@dms.mail.go.th)

ข้อมูลผู้สมัคร (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจง)

คำนำหน้า (ไทย) : นาย นาง นางสาว อื่นๆ โปรดระบุ

ชื่อจริง (ไทย) :

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

นามสกุล (ไทย) :

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

คำนำหน้า (อังกฤษ) : Mr. Mrs. Miss อื่นๆ โปรดระบุ

ชื่อจริง (อังกฤษ) :

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

นามสกุล (อังกฤษ) :

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

เลขที่บัตรประชาชน :

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

วัน/เดือน/ปี เกิด :

--	--

 /

--	--

 /

--	--	--	--

 เช่น 02/01/2511

ตำแหน่ง :

หน่วยงาน :

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

ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... (กรอกเฉพาะตัวเลข)

เบอร์โทรศัพท์ : เบอร์ต่อ

เบอร์โทรศัพท์มือถือ :

0	8														
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ข้อมูลการใช้งานระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์

ต้องการการใช้งานระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์

- มีบัญชีจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ภาครัฐ (@dms.mail.go.th) แล้ว

ชื่อบัญชี..... (ตัวอย่าง somchai@dms.mail.go.th)

- ยังไม่เคยมีบัญชีจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ภาครัฐ (@dms.mail.go.th)

ไม่ต้องการใช้ระบบงานสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์

.....
ลายเซ็นผู้สมัคร
วันที่...../...../.....