

**แบบฟอร์มขอลงทะเบียนผู้ใช้งานระบบรายงานผลการดำเนินงานการรักษาการติดเชื้อไวรัสโรคระยะแฝง
ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (TPT-HIV)**

ชื่อหน่วยงาน.....

หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรสาร.....

ข้าพเจ้าได้รับมอบหมายให้ลงทะเบียนผู้ใช้งานระบบรายงานผลการดำเนินงานการรักษาการติดเชื้อไวรัสโรคระยะแฝงในผู้
ติดเชื้อเอชไอวี (TPT-HIV)

ชื่อ-นามสกุล :

ตำแหน่ง :

เลขประจำตัว 13 หลัก :

(โปรดแนบเอกสารสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมรับรองสำเนา 1 ฉบับ เพื่อเป็นข้อมูลยืนยันตัวตน)

หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ :

E-mail Address :

ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงปฏิบัติตามแนวทางดังนี้

1. ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ไม่ใช่ประโยชน์จากข้อมูล หรือกระทำการใดๆ นอกเหนือจากกระบวนการที่จำเป็นต่อการให้บริการคัดกรองรักษาไวรัสโรคระยะแฝง และการรายงานผลการดำเนินงานต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. การนำเสนอข้อมูลต่อสาธารณะ จะไม่เปิดเผยชื่อ-สกุล เลขประจำตัวประชาชน ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน หรือข้อมูลใดที่เป็นการบ่งชี้บุคคลของผู้รับบริการคัดกรองและรักษาไวรัสโรคระยะแฝง

ลายมือชื่อ.....

(.....)

ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

การรับรองจากผู้บังคับบัญชา (เป็นข้าราชการระดับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผอ.ศูนย์/สำนัก/กอง/ชำนาญการพิเศษ)

ข้าพเจ้ามอบหมายให้เจ้าหน้าที่ท่านดังกล่าวเป็นผู้รับผิดชอบและลงทะเบียนผู้ใช้งานระบบรายงานผลการดำเนินงานการรักษาการติดเชื้อไวรัสโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (TPT-HIV) ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ

ลายมือชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.