

แบบฟอร์มขอเปลี่ยนแปลงสิทธิ์ผู้ดูแลระบบประจำตัว
เจ้าพนักงานตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขประจำหน่วยงาน
(กรณี แจ้งขอยกเลิกสิทธิ์การเป็น Super User หน่วยงาน)

คำชี้แจง

ตามที่กรมอนามัยได้กำหนดเงื่อนไขการใช้งาน “ระบบบัตรประจำตัวเจ้าพนักงานตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข (DOH Card)” โดยให้มีการแต่งตั้งผู้ดูแลระบบบัตรประจำตัวเจ้าพนักงานตามกฎหมายประจำหน่วยงาน (Super User) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับจังหวัด และระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ ผู้ดูแลระบบบัตรฯ จะต้องได้รับการมอบหมายจากผู้มีอำนาจออกบัตร คือ ผู้ว่าราชการจังหวัด หรือ หัวหน้าหน่วยงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น

ในกรณีที่ผู้ใช้งานประสงค์จะขอยกเลิกสิทธิ์การเป็นผู้ดูแลระบบบัตรฯของหน่วยงาน (Super User) สามารถแจ้งความประสงค์ผ่านแบบฟอร์มนี้ ส่งมาที่ <https://forms.gle/nNcDisYSksXYbDJu7>

คำขอแจ้งยกเลิกสิทธิ์การเป็น Super User หน่วยงาน

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน จังหวัด.....

อีเมลที่ใช้ลงทะเบียน..... เบอร์โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ ขอยกเลิกการเป็นผู้ดูแลระบบบัตรประจำตัวเจ้าพนักงานตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข (Super User ของหน่วยงาน) เนื่องจาก

- ย้ายหน่วยงาน
 เกษียณอายุ/ลาออกจากราชการ
 อื่นๆ โดยผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้าหน่วยงานได้รับรองแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการอนุมัติยกเลิกสิทธิ์ Super User หน่วยงาน

..... ผู้ยื่นคำร้องขอ
(.....)
วันที่.....

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา/หัวหน้าหน่วยงาน

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่า คำขอแจ้งยกเลิกสิทธิ์การเป็น Super User หน่วยงาน ของ (นาย/นาง/นางสาว)

..... ตำแหน่ง..... เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....
(.....)
ผู้บังคับบัญชา/หัวหน้าหน่วยงาน

*หมายเหตุ ไม่รับคำร้องที่ใช้ลายเซ็นจากไฟล์สแกนหรือภาพถ่าย ต้องใช้ลายเซ็นจริงเท่านั้น