



กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์  
Department of Medical Sciences

## แบบฟอร์มยืนยันลายมือชื่อในระบบใบเสร็จออนไลน์ (Payment) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

### ส่วนที่ 1 : สำหรับผู้ใช้งาน

เพื่อใช้ประกอบ ใบเสร็จรับเงิน, ใบแจ้งหนี้ หรือใบแจ้งหนี้ค้างชำระ และยกเลิกใบเสร็จรับเงิน ใบแจ้งหนี้ ระบบใบเสร็จออนไลน์ (Payment)

ชื่อ - นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

ชื่อหน่วยงาน.....

ลายเซ็น

หมายเหตุ : ลายเซ็นนี้จะมีระยะเวลาการใช้งาน 1 ปี นับตั้งแต่การอนุมัติใช้

Name.....Position.....

Department Name.....

Signature

Remark : This signature will be valid for 1 year since approval.

ข้าพเจ้าขอรับรองลายมือชื่อเจ้าหน้าที่นี้ สามารถนำไปใช้กับระบบใบเสร็จออนไลน์ (Payment) ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เท่านั้น

ลงชื่อหัวหน้าหน่วยงาน .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่...../...../.....

**\*\*\* กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน หากมีข้อสงสัย ติดต่อสอบถามได้ที่ อานนท์ โทร. 98811 หรือนายสมศักดิ์ โทร. 98810 \*\*\***

### ส่วนที่ 2 : สำหรับเจ้าหน้าที่ **\*\*(เฉพาะศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร)\*\***

ผู้ดำเนินการ	ผู้ตรวจสอบ
วันที่รับ .....	วันที่ .....
ลงชื่อ .....	ลงชื่อ .....
(.....)	(.....)
ตำแหน่ง .....	ตำแหน่ง .....
วันที่...../...../.....	วันที่...../...../.....

ลงชื่อผู้อนุมัติ .....

(นายอาคม สาลี)

ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

วันที่...../...../.....

กรุณาแนบบัตรคำขอใช้บริการพร้อมกับบันทึกข้อความ โดยส่งมาที่ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กลุ่มพัฒนาระบบสารสนเทศดิจิทัลสุขภาพ  
หรือแนบไฟล์ส่งมาที่ E-mail: somsak.p@dmsc.mail.go.th หรือ arnon.k@dmsc.mail.go.th