

## แบบฟอร์มการขอ Username, Password เพื่อใช้งาน AE – Online System

**ประเภทหน่วยงานต้นสังกัด**  สถานพยาบาล  สสจ.  ผู้ประกอบการ

[กรณีผู้ประกอบการโปรดระบุประเภทผลิตภัณฑ์  ยา  เครื่องมือแพทย์  เครื่องสำอาง  อาหาร ]

**ประเภทการขอ**  สมัครใหม่  ต่ออายุ [กรณีที่ทำการต่ออายุไม่ต้องส่งสำเนาบัตรประชาชนแนบมาค่ะ]  ลืมรหัสผู้ใช้งาน [กรณีที่ลืมรหัสไม่ต้องใช้เอกสารแนบค่ะ]

ขอสิทธิ์ของผู้ตรวจสอบรายงาน AE – Online System [กรณีที่ขอสิทธิ์ตรวจสอบรายงานให้ได้เฉพาะหน่วยงานรัฐค่ะ]

<b>1.</b>	<b>ผู้ขอใช้</b>	<p>ชื่อ .....สกุล.....</p> <p>เลขบัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>วันเดือนปีเกิด <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>E – Mail Address .....(กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจง)</p> <p>ตำแหน่ง .....โทรศัพท์.....</p> <p>ที่อยู่ ..... หมู่ที่..... ซอย.....</p> <p>เลขที่ .....</p> <p>ถนน ..... ตำบล..... อำเภอ.....</p> <p>จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>
<b>2.</b>	<b>หน่วยงาน</b>	<p>ชื่อหน่วยงาน .....จังหวัด.....</p> <p>กลุ่มงาน .....แผนก/ฝ่าย.....</p> <p>โทรศัพท์ .....</p> <p>ที่อยู่หน่วยงาน</p> <p>เลขที่ ..... หมู่ที่..... ซอย.....</p> <p>ถนน ..... ตำบล..... อำเภอ.....</p> <p>จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

1. จะใช้งาน AE – Online System ในกิจการของทางราชการหรือหน่วยงานเท่านั้น
2. จะปฏิบัติตามข้อกำหนดในการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูล AE – Online System ทุกประการอย่างเคร่งครัด รวมทั้งจะไม่เปิดเผยข้อมูลผู้ใช้ (User name) และรหัสผ่าน (Password) ใช้งาน AE – Online System ของข้าพเจ้าให้บุคคลอื่นใดทราบ โดยมีได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ( อย. )
3. จะไม่เปิดเผยข้อมูลอันปรากฏเป็นส่วนหนึ่งของ AE – Online System ที่เป็นความลับทางการค้า และ/หรือ ความลับของทางราชการ

**เอกสารแนบ**  สำเนาบัตรประชาชน  สำเนาบัตรข้าราชการ  สำเนาทะเบียนบ้าน  
 หนังสือจากหน่วยงานแสดงว่าผู้ขอใช้เป็นบุคลากรในหน่วยงานและมีหน้าที่ความรับผิดชอบที่จะใช้ฐานข้อมูลนี้

**กรณีเครื่องมือแพทย์ให้แนบเอกสารดังนี้**

- หนังสือมอบอำนาจจากหน่วยงานแสดงว่าผู้ขอใช้เป็นบุคลากรในหน่วยงานและมีหน้าที่ความรับผิดชอบที่จะใช้ฐานข้อมูลนี้
- สำเนาบัตรประชาชน
- กรณีต้องการแจ้งชื่อผลิตภัณฑ์ (ชื่อการค้า) ชื่อสามัญ (ถ้ามี) ชื่อผู้ผลิต ชื่อเจ้าของผลิตภัณฑ์ สามารถ Download แบบฟอร์ม HPVC Form – 16 ได้ที่เว็บไซต์ : <http://thaihpvc.fda.moph.go.th> ในหัวข้อ Downloads เอกสารต่าง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา  
 ลงชื่อ.....  
 ผู้ขอใช้  
 (.....)

**สำหรับเจ้าหน้าที่ อย.**

ตรวจสอบแล้ว เห็นสมควรอนุมัติ

อนุมัติ

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

ผู้ดูแลบัญชีผู้ใช้

ผู้อำนวยการ.....

(.....)

(.....)