

ที่ สร ๐๖๔๔/ว. ๐๐๖๙/๙



สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี
๑๑๐๐๐

๒๒ มกราคม ๒๕๖๘

เรื่อง การสมัครเข้าใช้งานระบบ Newborn Connect (N-Connect)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ด้วยสถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ โดยศูนย์ปฏิบัติการตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิดแห่งชาติ และห้องปฏิบัติการเครือข่ายกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทั้ง ๔ แห่ง ได้แก่ ศูนย์ปฏิบัติการตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิดแห่งชาติ สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑/๑ เชียงราย ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑๐ อุบลราชธานี และศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑๑ สุราษฎร์ธานี ให้บริการตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิด โรคภาวะพร่องเฮอร์โมนไทรอยด์แต่กำเนิด และโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก โดยครอบคลุมโรงพยาบาลในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบเขตสุขภาพ ๑ ๓ ๖ ๑๐ ๑๑ และ ๑๓ ได้พัฒนาระบบสารสนเทศทางห้องปฏิบัติการใหม่ชื่อระบบ Newborn Connect (N-Connect) เพื่อทดแทนระบบรายงานผลเดิมที่ใช้งานอยู่ในปัจจุบัน คาดว่าเปิดใช้งานภายในเดือนมีนาคม ๒๕๖๘ นั้น

ในการนี้ สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ โดยศูนย์ปฏิบัติการตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิดแห่งชาติ มีความจำเป็นต้องให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องสมัครเข้าใช้งานระบบ N-Connect ผ่าน <https://nconnect.neoscreen.go.th> โดยเปิดให้สมัครเข้าใช้งานระบบแบบออนไลน์ ในวันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๘ เป็นต้นไป และส่งข้อมูลเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานที่สมัครเข้าใช้งานระบบ N-Connect กลับศูนย์ปฏิบัติการตรวจคัดกรองฯ (ตามตัวอย่างเอกสารที่แนบมานี้) หลังจากมีการตรวจสอบและยืนยันข้อมูลผู้สมัครตรงกับเอกสารที่หน่วยงานส่งกลับมานั้น ศูนย์ปฏิบัติการตรวจคัดกรองฯ จะดำเนินการแจ้ง Username พร้อม password ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ของผู้สมัคร

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวปนัดดา เทพอัศกร)

ผู้อำนวยการสถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์

โทรศัพท์ ๐๒ ๕๕๑ ๐๐๐๐ ต่อ ๕๕๒๒๔

โทรสาร ๐๒ ๕๕๑ ๑๖๕๔

ตัวอย่างสำหรับหน่วยงานภาครัฐ



ที่/.....

ชื่อหน่วยงาน
ที่อยู่หน่วยงาน

วันที่

เรื่อง ขอแจ้งข้อมูลเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานเพื่อประกอบการสมัครเข้าใช้งานระบบ N-Connect ของ
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์

ด้วย.....ชื่อหน่วยงาน (โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ...จังหวัด.....(ชื่อจังหวัด).....
สังกัด.....(ถ้ามี).....มีความประสงค์แจ้งข้อมูลเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานเพื่อประกอบการ
สมัครเข้าใช้งานระบบ N-Connect ของ.....ชื่อหน่วยงาน (โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)
จังหวัด.....(ชื่อจังหวัด)..... ดังต่อไปนี้

	คำนำหน้า	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	แผนก/งาน/ฝ่าย	เบอร์ติดต่อ
๑.					
๒.					
๓.					
๔.					
๕.					

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

.....

หน่วยงาน

โทร.

โทรสาร

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

ตัวอย่างสำหรับสถานพยาบาลเอกชน

(โลโก้หรือสัญลักษณ์)

ชื่อสถานพยาบาล
ที่อยู่สถานพยาบาล

วันที่

เรื่อง ขอแจ้งข้อมูลเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานเพื่อประกอบการสมัครเข้าใช้งานระบบ N-Connect ของ
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์

มีความประสงค์แจ้งข้อมูลเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานเพื่อประกอบการสมัครเข้าใช้งานระบบ N-Connect
ของ.....ชื่อโรงพยาบาล.....จังหวัด.....(ชื่อจังหวัด)..... ดังต่อไปนี้

	คำนำหน้า	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	แผนก/งาน/ฝ่าย	เบอร์ติดต่อ
๑.					
๒.					
๓.					
๔.					
๕.					

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง