

## แบบคำขอการใช้บริการบันทึกข้อมูลผ่านเว็บไซต์

ผู้ลงทะเบียน นาย / นาง / นางสาว.....  
ตำแหน่ง.....สังกัดหน่วยงาน.....  
หมายเลขโทรศัพท์ภายใน.....มือถือ.....Email.....  
มีความประสงค์ (เลือก 1 รายการ) [ ] ขอเปิดใช้ [ ] ขอเพิ่ม [ ] ขอแก้ไข [ ] ขอยกเลิกใช้งาน  
เว็บไซต์ที่ขอใช้งาน .....

คอมพิวเตอร์ที่ใช้บันทึก ยี่ห้อ ..... Serial number ..... IP.....  
จุดประสงค์ของการใช้งาน .....

สถานที่ตั้ง ห้อง ..... ชั้น ..... อาคาร .....

โดยข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามนโยบายความมั่นคงปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศอย่างเคร่งครัด

### ผู้ขอใช้บริการและผู้รับผิดชอบ

ลงชื่อ.....  
(.....)  
วันที่ .....

### สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์คอมพิวเตอร์

ลงชื่อ.....ผู้รับเรื่อง  
(.....)  
วันที่.....

### 1. ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน

[ ] จำเป็นต้องใช้ [ ] ไม่จำเป็นต้องใช้  
ลงชื่อ.....  
(.....)  
หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน  
วันที่.....

ลงชื่อ.....  
(.....)  
หัวหน้ากลุ่มภารกิจ  
วันที่.....

### 2. ความเห็นของคณะกรรมการพัฒนาระบบเทคโนโลยีฯ

[ ] อนุมัติ.....  
.....  
[ ] ไม่อนุมัติ เพราะ.....  
.....

ลงชื่อ.....  
(.....)  
เลขานุการคณะกรรมการพัฒนาระบบเทคโนโลยีฯ  
วันที่.....

### สำหรับเจ้าหน้าที่งานสารสนเทศทางการแพทย์

#### บันทึกของผู้ดำเนินงาน

Port หมายเลข.....  
[ ] UDP [ ] TCP  
.....  
ลงชื่อ.....ผู้ดำเนินการ  
(.....)  
วันที่.....

### 3. ความเห็นและข้อพิจารณา (ผู้บริหารเทคโนโลยีสารสนเทศระดับสูง)

[ ] ทราบ  
[ ] อนุมัติดำเนินการตามเสนอ  
.....  
.....

ลงชื่อ.....(ผู้บริหารฯ/ผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ)  
(.....)  
วันที่.....