

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.....
(.....)
หัวหน้ากลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์
วันที่

3. ความเห็นและข้อพิจารณา (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)

[] ทราบ
[] อนุมัติดำเนินการตามเสนอ
.....
.....
ลงชื่อ.....(ผอ./ผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ)
(.....)
วันที่

สำหรับเจ้าหน้าที่งานสารสนเทศทางการแพทย์

บันทึกของผู้ดำเนินงาน

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