



แบบฟอร์มการขอชื่อผู้ใช้และรหัสผ่านเพื่อใช้งานระบบสมาชิกเว็บไซต์
ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๕

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขออนุมัติใช้อุปกรณ์สารสนเทศและไอทีสารสนเทศ

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 5

ส่วนที่ ๑ สำหรับผู้ขอใช้บริการ

ชื่อผู้ขอใช้บริการ ตำแหน่ง

.E-mail โทรศัพท์

สังกัดหน่วยงาน เบอร์ติดต่อหน่วยงาน

หมายเลขประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก □-□□□□-□□□□□-□□-□

ระบบที่ขอสิทธิ์ใช้งาน :

ระบบงานสอบเทียบเครื่องมือแพทย์ ระบบงานวิศวกรรมความปลอดภัย ผู้ตรวจสอบและดูแลระบบ

เหตุผลที่ขอใช้ :

ขอครั้งแรก ลืมไอทีผู้ใช้/รหัสผ่าน ขอยกเลิกสิทธิ์

อื่นๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้น เป็นความจริงทุกประการและจะปฏิบัติตามระเบียบและข้อกำหนด ตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ.๒๕๕๐ และพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ.๒๕๖๐ และแนวนโยบายและแนวปฏิบัติในการรักษาความมั่นคงปลอดภัยด้านสารสนเทศของศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๕ ทุกประการ

ลงชื่อ.....(ผู้ขอใช้บริการ)

ลงชื่อ.....(ผู้บังคับบัญชา)

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

ส่วนที่ ๒ สำหรับเจ้าหน้าที่กลุ่มวิชาการงานเทคโนโลยีสารสนเทศ

ผู้ควบคุมระบบงาน () ตำแหน่ง..... วันที่...../...../.....	ผู้อนุมัติ () ตำแหน่ง..... วันที่...../...../.....
--	--