

ส่วนที่ 1 : กรอกข้อมูลผู้ขอใช้บริการ

ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) :			
ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ) :			
หมายเลขบัตรประชาชน :			
ตำแหน่ง :			
ผู้ขอใช้บริการ:	<input type="radio"/> บุคลากรภายในโรงพยาบาล	<input type="radio"/> บุคคลภายนอก	<input type="radio"/> อื่นๆ ระบุ:
หน่วยงาน/บริษัท :			
ใช้สำหรับโรงพยาบาล:			
เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน :		เบอร์มือถือ :	
อีเมล :			
มีความประสงค์ขอใช้บริการเพื่อ:			
ต้องการใช้งาน Service :	<input type="radio"/> Telnet/SSH	<input type="radio"/> Terminal	<input type="radio"/> อื่นๆ ระบุ:
ระบุหมายเลข IP Address ของหน่วยงาน			
ระบุหมายเลข IP Address ของระบบที่เข้าใช้งาน			

ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายินดีที่จะปฏิบัติตามข้อกำหนดและแนวทางปฏิบัติในการใช้บริการระบบเชื่อมต่อเครือข่ายเสมือน (VPN) และยินยอมให้ระบบเก็บข้อมูลจราจรคอมพิวเตอร์ ตาม พ.ร.บ.ว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์
ทุกประการ

ลงชื่อ _____ ผู้ขอใช้บริการ
(_____)
วันที่ _____

เจ้าหน้าที่ผู้รับรองการใช้งาน *	ผลการพิจารณาอนุมัติ
ข้าพเจ้าขอยืนยันรับรอง และรับผิดชอบต่อการเข้าใช้งานระบบดังกล่าว ลงชื่อ _____ ผู้รับรองการใช้งาน (_____) วันที่ _____	<input type="checkbox"/> อนุมัติ และแจ้งผู้ดูแลระบบเครือข่าย <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ ลงชื่อ _____ (_____) วันที่ _____

<input type="radio"/> ดำเนินการเปิด [Account : _____] พร้อมแจ้งอีเมลไปยังผู้ขอใช้บริการเรียบร้อยแล้ว <input type="radio"/> ดำเนินการต่ออายุ [Account : _____] พร้อมแจ้งอีเมลไปยังผู้ขอใช้บริการเรียบร้อยแล้ว <input type="radio"/> บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ลงชื่อ _____ ผู้ดูแลระบบเชื่อมต่อเครือข่ายเสมือน (VPN) (_____) วันที่ _____
