

แบบฟอร์มขอใช้บริการ ระบบ VPN

วันที่.....

หน่วยงาน..... ตำแหน่ง

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ชื่อ-สกุล - ภาษาไทย ชื่อ-สกุล - ภาษาอังกฤษ.....

Username ที่ต้องการ..... เหตุผลการใช้งาน.....

วัน-เดือน-ปีเกิด..... E-mail..... เบอร์.....

- * มีความประสงค์ดำเนินการขอ เปิดบัญชีผู้ใช้งาน ระบบ VPN เปลี่ยนรหัสผ่าน
- * เงื่อนไขการใช้ระบบ VPN ของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17
- * ผู้ใช้บริการต้องเป็นบุคลากรของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 เท่านั้น
- * ผู้ใช้บริการต้องรับผิดชอบตาม พ.ร.บ. คอมพิวเตอร์ พ.ศ.2560
- * ผู้ดูแลระบบสามารถยกเลิกการให้บริการ หากตรวจพบว่าผู้ให้บริการสร้างความเสียหายต่อระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล
- * หากผู้ขอใช้บริการไม่มี E-mail กรุณาติดต่อเจ้าหน้าที่ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ
 ข้าพเจ้ารับทราบนโยบายการใช้งาน จะปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กำหนดและยินยอมจะรับผิดชอบต่อความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นทุกประการ ตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ.2560

***หากท่านต้องการ ลบข้อมูลส่วนตัวของท่านกรุณาติดต่อ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ 8207

ลงชื่อ.....ผู้ขอมีบัญชีผู้ใช้
(.....)
...../...../.....

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ระดับหัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน)

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบแบบคำขอมมีบัญชีผู้ให้บริการระบบ VPN ของ.....

แล้ว และขอรับรองว่าเป็นผู้สมควรใช้ระบบ VPN ของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)
...../...../.....

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ
(.....)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
...../...../.....