

สำหรับบุคคลภายนอก
แบบฟอร์มการขอใช้งานระบบพิสูจน์ตัวตนการใช้งาน Internet กรมอนามัย
(ระบบเครือข่ายไร้สาย)

กองแผนงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
กลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๔๒๙๐, โทรสาร ๐ ๒๕๕๑ ๘๑๗๘
e-mail : network@anamai.mail.go.th

คำชี้แจง กรุณากรอกข้อมูลด้านล่างให้ครบถ้วนเพื่อเป็นประโยชน์ ในการพิจารณาดำเนินการต่อไป	
ส่วนที่ ๑ ข้อมูลผู้ขอใช้บริการ	
ข้อมูลผู้ติดต่อประสานงานทางด้านเทคนิค (Administrator)	
ชื่อ-นามสกุล.....	
เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	
บุคลากร	
<input type="radio"/> ข้าราชการ <input type="radio"/> พนักงานราชการ <input type="radio"/> ลูกจ้างประจำ <input type="radio"/> ลูกจ้างชั่วคราว <input type="radio"/> อื่นๆ.....	
ตำแหน่ง..... โทรศัพท์ภายใน..... โทรศัพท์มือถือ.....	
กลุ่มงาน/ฝ่าย..... หน่วยงาน.....	
E-mail.....	
ส่วนที่ ๒ รายละเอียดของบริการ	
๒.๑ ขอใช้บริการ ตั้งแต่วันที่..... *	
๒.๒ วัตถุประสงค์การใช้งาน.....	
รายละเอียดการใช้งาน	
อุปกรณ์ที่เชื่อมต่อ (กรุณาเลือกเพียงอย่างเดียว)	
<input type="radio"/> คอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก <input type="radio"/> คอมพิวเตอร์พกพาหน้าจอสัมผัส <input type="radio"/> โทรศัพท์เคลื่อนที่แบบสมาร์ตโฟน	
MAC Address <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/>	
ระบบปฏิบัติการ.....	
Username ที่ต้องการใช้งาน..... **	
ส่วนที่ ๓ ข้อกำหนดและเงื่อนไขการให้บริการ	
๓.๑ หน่วยงานผู้ให้บริการสามารถให้บริการตามความต้องการที่ระบุไว้ในใบขอใช้บริการเท่านั้น	
๓.๒ *หากสิ้นสุดระยะเวลาการขอใช้บริการ ตามที่ระบุไว้ในใบขอใช้บริการ สามารถแจ้งขอขยายเวลาหรือยุติการให้บริการได้ที่ กลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ กองแผนงาน ภายใน ๗ วัน หลังจากครบกำหนด หากเกินกำหนดที่แจ้ง ขอสงวนสิทธิ์ระงับการให้บริการดังกล่าว	
๓.๓ **สำหรับบุคคลภายนอกหน่วยงานให้นำสำเนาบัตรประชาชนแนบมาด้วย	
ข้าพเจ้ารับทราบนโยบายและแนวปฏิบัติในการรักษาความมั่นคงปลอดภัยด้านสารสนเทศ กรมอนามัย และจะปฏิบัติตามทุกประการ	
ลงชื่อผู้ขอใช้บริการ.....	ลงชื่อผู้บังคับบัญชา.....
(.....)	(.....)
ตำแหน่ง.....	ตำแหน่ง.....
วันที่.....	วันที่.....
ส่วนที่ ๔ อนุมัติการขอใช้บริการ	
สำหรับหัวหน้ากลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ กองแผนงาน	สำหรับผู้ดูแลระบบฯ กลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ กองแผนงาน
<input type="radio"/> เห็นชอบ <input type="radio"/> ไม่เห็นชอบ	<input type="radio"/> ดำเนินการแล้ว <input type="radio"/> แจ้งผู้ขอใช้แล้ว <input type="radio"/> อื่นๆ
ความคิดเห็น.....	หมายเหตุ.....
.....	กำหนดข้อมูลระบบพิสูจน์ตัวตนการใช้งาน Internet
.....	Username :
.....	Password :
.....	(กรุณาแก้ไขรหัสผ่านหลังจากเข้าใช้งานครั้งแรก)
ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(.....)	(.....)
ตำแหน่ง.....	ตำแหน่ง.....
วันที่.....	วันที่.....