

แบบฟอร์มการขออนุญาตใช้ระบบเว็บไซต์กรมอนามัย ๔.๐
กองดิจิทัลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๔๒๙๗
e-mail: network@anamai.mail.go.th

คำชี้แจง กรุณากรอกข้อมูลด้านล่างให้ครบถ้วนเพื่อเป็นประโยชน์ในการพิจารณาดำเนินการต่อไป	
ส่วนที่ ๑ ข้อมูลผู้ขอใช้บริการ	
ข้อมูลผู้ติดต่อประสานงานทางด้านเทคนิค (Webmaster)	
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"/> พนักงานกระทรวงสาธารณสุข <input type="radio"/> อื่นๆ.....	
ตำแหน่ง..... โทรศัพท์ภายใน..... โทรศัพท์มือถือ.....	
กลุ่มงาน/ฝ่าย..... หน่วยงาน.....	
E-mail.....	
ส่วนที่ ๒ รายละเอียดของบริการ	
<input type="radio"/> เปิดให้บริการใหม่	<input type="radio"/> เปลี่ยนแปลงรายละเอียดการใช้บริการ โปรตระบุ ชื่อเว็บไซต์.....anamai.moph.go.th IP Address..... CPU..... Core , RAM..... GB , HDDGB
ขอใช้บริการ : ตั้งแต่วันที่.....	
วัตถุประสงค์การใช้งาน : <input type="radio"/> เพื่อใช้ภายในกรมอนามัย <input type="radio"/> เพื่อใช้เชื่อมโยงหน่วยงานอื่น <input type="radio"/> เพื่อให้บริการประชาชน <input type="radio"/> อื่นๆ.....	
รายละเอียด : ชื่อเว็บไซต์.....	
ขอจดโดเมน (Domain Name) และ ขอติดตั้ง SSL Certificate	
ชื่อเว็บไซต์ที่ประสงค์ใช้งาน....._anamai.moph.go.th	
IP Address (เครื่องที่ให้บริการเว็บไซต์).....	
ขอติดตั้ง SSL Certificate <input type="radio"/> ติดตั้ง <input type="radio"/> ไม่ติดตั้ง	
ส่วนที่ ๓ ข้อกำหนดและเงื่อนไขการให้บริการ	
๓.๑ หน่วยงานผู้ให้บริการสามารถให้บริการตามความต้องการที่ระบุไว้ในใบขอใช้บริการเท่านั้น	
๓.๒ *กองดิจิทัลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ขอสงวนสิทธิ์ในการระงับการใช้งานเว็บไซต์	
ข้าพเจ้ารับทราบนโยบายและแนวปฏิบัติในการรักษาความมั่นคงปลอดภัยด้านสารสนเทศ กรมอนามัย และจะปฏิบัติตามทุกประการ	
ลงชื่อผู้ขอใช้บริการ..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....	ลงชื่อผู้บังคับบัญชา..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....
ส่วนที่ ๔ อนุมัติการขอใช้บริการ	
สำหรับผู้อำนวยการกองดิจิทัลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ	สำหรับผู้ดูแลระบบฯ กองดิจิทัลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
<input type="radio"/> เห็นชอบ <input type="radio"/> ไม่เห็นชอบ ความคิดเห็น..... ลงชื่อ..... (นางสาวสุสิวรรณ นพวิสุทธิสกุล) ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการพิเศษ วันที่.....	<input type="radio"/> ดำเนินการแล้ว <input type="radio"/> แจ้งผู้ขอใช้แล้ว <input type="radio"/> อื่นๆ หมายเหตุ..... หมายเลขครุภัณฑ์..... ยี่ห้อ/รุ่น..... ชื่อเครื่อง..... IP Address..... Subnet mark..... Gateway..... ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....