

แบบฟอร์มการขอใช้บริการ Internet Authentication Authorization Accounting

ข้อมูลของผู้ใช้บริการ

ชื่อ-สกุล

Name – Surname

เลขที่บัตรประชาชน

ตำแหน่ง

สังกัด / แผนก

หมายเลขโทรศัพท์

Username :(รูปแบบ : ชื่อ_นามสกุล)

Password :(อย่างน้อย ๖ ตัวอักษร)

ในกรณีที่เป็นนักศึกษาฝึกงาน โปรดระบุวันเวลา ที่ฝึกงานเสร็จสิ้นด้วย ฝึกเสร็จวันที่.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ ขอใช้บริการ Authentication Authorization Accounting
ภายใต้เครือข่ายของโรงพยาบาลพัทลุง โดยข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำ
ความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. ๒๕๕๐ อย่างเคร่งครัด

ลงชื่อผู้ให้บริการ

วันที่/...../.....

เพื่อโปรดพิจารณา

ความคิดเห็นผู้บังคับบัญชา

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ(ผู้รับเรื่อง)

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

วันที่/...../.....

หัวหน้าศูนย์ข้อมูลข่าวสาร

หมายเหตุ แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขอใช้บริการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร โรงพยาบาลพัทลุง โทร ๐๗๔-๖๐๙๕๐๐ ต่อ ๑๒๖๕