



แบบฟอร์มการขอ Username สำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพิจิตรมั่งสาหาร
สำหรับการเข้าใช้ระบบยืนยันตัวตน (Authentication) เพื่อเข้าใช้งานระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต

วันที่

เรื่อง ขอ Username สำหรับการเข้าใช้ระบบ Authentication

เรียน ผู้ดูแลระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

ข้าพเจ้า

ตำแหน่ง

เลขที่บัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

กลุ่มงาน.....แผนก/ฝ่าย.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

โทรศัพท์

E-mail:

LINE ID:Facebook

มีความประสงค์จะขอ Username เพื่อเข้าใช้ระบบ Authentication เพื่อใช้สำหรับ.....

ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามประกาศของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ และระเบียบของโรงพยาบาลพิจิตรมั่งสาหาร
เกี่ยวกับการขอใช้บริการระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต เครื่องคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์อื่นๆอย่างเคร่งครัดทุกประการ

Username: □□□□□□□□□□□□□□□□□□
Password: □□□□□□□□□□□□□□□□□□

* ระบุ username และ password เป็นตัวอักษร (A-Z,a-z) หรือตัวเลข (0-9) ไม่เกิน 20 ตัวอักษร

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอใช้งานระบบ
(.....)

(เฉพาะผู้ดูแลระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ)

ตรวจสอบบัตรประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับแบบฟอร์ม
(.....)

วันที่.....

ดำเนินการเพิ่ม Username เรียบร้อย

ลงชื่อ.....ผู้ดำเนินการ
(.....)

วันที่.....



Username: □□□□□□□□□□□□□□□□□□
Password: □□□□□□□□□□□□□□□□□□

วันที่อนุมัติใช้งาน.....

* เมื่อท่านได้รับ username และ password แล้วอย่าให้ผู้อื่นล่วงรู้หรือให้ผู้อื่นนำ username นำไปใช้งาน