



แบบฟอร์มการขอใช้บริการเครือข่ายอินเทอร์เน็ต

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

วันที่เดือน.....พ.ศ.

เรื่องขอใช้บริการอินเทอร์เน็ต

ข้อมูลของผู้ขอใช้บริการ

ชื่อ-สกุล

เลขที่บัตรประชาชน

วัน/เดือน/ปีเกิดสังกัด เบอร์ติดต่อ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง และยินดีจะปฏิบัติตามและรับผิดชอบต่อรหัสผู้ใช้ (Username) ของข้าพเจ้าที่ได้รับและจะปฏิบัติตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550 อย่างเคร่งครัด

ลงชื่อ.....ผู้ขอใช้บริการ

วันที่/...../.....



ส่วนของผู้ขอใช้บริการ

User Name	เลข 13 หลัก
Password	

ข้อแนะนำ :

1. ผู้ใช้บริการระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องพิสูจน์ยืนยันตัวตน (Authentication) ก่อนทุกครั้งที่ใช้บริการ
2. เมื่อท่านได้รับ User Name และ Password แล้วอย่าให้ผู้อื่นล่วงรู้หรือให้ผู้อื่นนำ UserName ของท่านไปใช้งาน
2. ท่านไม่ควรกระทำความผิดตาม พรบ.ว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ 2560
3. ผู้ดูแลระบบ (Administrator) จะตรวจเช็คการใช้งานของผู้ใช้บริการสม่ำเสมอ หากมีการใช้งานที่ไม่เหมาะสมจะถูกระงับการใช้งานชั่วคราวและแจ้งให้หัวหน้ากลุ่มงานทราบและดำเนินการต่อไป

หมายเหตุ : มีปัญหาการใช้งานระบบ ติดต่อโทรศัพท์ภายใน 109