



กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์  
Department of Medical Sciences

## แบบคำขอใช้บริการพื้นที่ระบบสารสนเทศ และเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

### ส่วนที่ 1 : ข้อมูลผู้ประสานงานของหน่วยงาน

ชื่อ - นามสกุล.....ตำแหน่ง.....  
 ชื่อหน่วยงาน.....  
 เบอร์ภายใน.....เบอร์มือถือ.....  
 E-mail ที่ใช้ในการติดต่อ.....

### ส่วนที่ 2 : การขอใช้บริการ **\*\* (เฉพาะพื้นที่ฝากระบบสารสนเทศ)**

#### ชื่อระบบงาน

.....

**ประเภทของระบบที่ใช้งาน**  เพื่อใช้ภายในหน่วยงาน  เพื่อใช้เชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นนอกองค์กร  เพื่อให้บริการประชาชน

**ระยะเวลาการขอใช้บริการ** ขอใช้บริการตั้งแต่วันที่...../...../.....

#### บริการที่ขอใช้

Programing Languages	Web Server	Database	Storage
<input type="checkbox"/> php	<input type="checkbox"/> IIS	<input type="checkbox"/> MS SQL Server	HDD.....GB
<input type="checkbox"/> asp	<input type="checkbox"/> Xampp	<input type="checkbox"/> MySQL	<b>*** ใส่ประมาณการพื้นที่ๆ ต้องใช้</b>
<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ .....	<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ .....	<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ .....	

### ส่วนที่ 3 : การขอใช้บริการ **\*\* (เฉพาะฝากเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย)**

#### ชื่อยี่ห้อ รุ่น เครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย

.....

#### ชื่อระบบงาน

.....

**ประเภทของระบบที่ใช้งาน**  เพื่อใช้ภายในหน่วยงาน  เพื่อใช้เชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นนอกองค์กร  เพื่อให้บริการประชาชน

**ระยะเวลาการขอใช้บริการ** ขอใช้บริการตั้งแต่วันที่...../...../.....

**\*\*\* กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน หากมีข้อสงสัย ติดต่อสอบถามได้ที่สีหนาท โทร. 98808 \*\*\***

โดยข้าพเจ้าจะปฏิบัติตาม พระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิด เกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550 และฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560 อย่างเคร่งครัด

ลงชื่อหัวหน้าหน่วยงาน .....  
 (.....)  
 ตำแหน่ง .....  
 วันที่...../...../.....

กรุณาแนบบแบบคำขอใช้บริการพร้อมกับบันทึกข้อความ แล้วส่งมาที่ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ