



แบบฟอร์มการขอรหัสเข้าใช้ระบบยืนยันตัวตน (Authentication) บนเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ข้อมูลของผู้ขอใช้บริการ

ชื่อ-สกุล (นาย / นาง / นางสาว) _____

ตำแหน่ง _____ หมายเลขโทรศัพท์ _____

สังกัด ภาควิชา / หน่วยงาน _____

มีความประสงค์ขอรหัสผู้ใช้ (Username) เพื่อเข้าใช้ระบบยืนยันตัวตน Authentication
บนเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี สำหรับให้บริการบุคคลภายนอก
ในการประชุม/อบรม/สัมมนา เรื่อง _____

ระหว่างวันที่ _____ ถึงวันที่ _____ มีจำนวนผู้ใช้ _____ Username

☐ ระบุให้ทั้งหมดใช้ Username _____ Password _____

☐ ให้งานเทคโนโลยีและฐานข้อมูลเป็นผู้กำหนด

ข้าพเจ้ายินดีจะรับผิดชอบต่อทุกรหัสผู้ใช้ (Username) ของข้าพเจ้าที่ได้รับ และ
จะปฏิบัติตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิด เกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ.
2550 อย่างเคร่งครัด

ลงชื่อผู้ขอใช้บริการ _____

(_____)

วันที่ ____/____/____

ความคิดเห็นของผู้พิจารณา

☐ อนุญาต

☐ ไม่อนุญาต

เพราะ _____

ลงชื่อ _____

(_____)

วันที่ ____/____/____