แบบฟอร์มขอจดใช้งาน Domain / SSL กรมการแพทย์

ข้อมูลผู้ร้องขอ *(กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจง)* No. .....

คำนำหน้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ โปรดระบุ..... วันที่ ...../...../.....

ชื่อ-นามสกุล (ไทย) .....

ชื่อ-นามสกุล (อังกฤษ) .....

ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน .....กอง/ฝ่าย/กลุ่ม.....

เบอร์โทรศัพท์..... E-mail : ..... (สำหรับส่งไฟล์ SSL Certificate)

ระบบงาน .....

IP Address	Domain Name	ขอใช้งาน SSL
ตัวอย่าง 202.139.xxx.xxx	xxxxx.dms.go.th	✓

****

(1) ลงนาม ผู้ร้องขอ	(2) ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก..... ลงนาม ผู้อนุมัติ (ผู้อำนวยการ/หัวหน้า ต้นสังกัดผู้ร้องขอ)
(3) ลงนาม Document Controller	(4) ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก..... ลงนาม ผู้อนุมัติ (ISMR / หัวหน้ากลุ่มงานเทคโนโลยีดิจิทัล)
(5) ☐ ดำเนินการเสร็จสิ้น ☐ ไม่สำเร็จ เนื่องจาก ..... ลงนาม ผู้ดำเนินการ	

****หมายเหตุ1 : การขอจด Domain name และ SSL สามารถทำได้เฉพาะ *.dms.go.th เท่านั้น**