กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

แบบฟอร์มในการขอใช้งาน Cloud GDCC โดยสำนักดิจิทัลการแพทย์

วันที่ .....

ชื่อ-นามสกุล: .....

หน่วยงาน: .....

เบอร์โทรศัพท์: .....

Email: .....

เหตุผล/ความจำเป็นในการขอใช้งาน:

.....

หมายเหตุ สำนักดิจิทัลการแพทย์ ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาอนุญาตให้ตามความสำคัญ และเร่งด่วน ในกรณีจำเป็นอาจขอให้หน่วยงานหยุดการใช้งานเป็นการชั่วคราวหรือถาวร โดยจะแจ้งให้ทราบตามเหตุปัญหา ทั้งนี้จะดำเนินการตามมาตรฐาน ISO/IEC 27001 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ชื่อระบบงาน: .....

ลำดับ	ชื่อโครงการ และ/หรือ ระบบงาน	ระบบปฏิบัติการ (OS)	vCPU (Core)	RAM (GB)	Storage (GB)	จำนวน VM	ต้องการใช้ Public IP	เป็นระบบใหม่ หรือต้องการ Migration
รวมทรัพยากรคลาวด์ที่ขอใช้งานทั้งสิ้น								

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....