แบบฟอร์มในการขอเปลี่ยนแปลง Policy Firewall กรมการแพทย์ โดยสำนักดิจิทัลการแพทย์

วันที่ .....

ชื่อ-นามสกุล: .....

หน่วยงาน: .....

เบอร์โทรศัพท์: .....

Email: .....

เหตุผล/ความจำเป็นในการขอเปลี่ยนแปลง:

.....

.....

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

ชื่อระบบงาน: .....

Source iP	Source Port	Destination iP	Destination Port	Action	หมายเหตุ
Ex. 122.45.25.84	any	154.153.15.45	1548	Allow / Deny	-

ลงชื่อ: .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ...../...../.....