



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 api gateway his api.....

IP Address	Domain Name	ขอใช้งาน SSL
209.15.112.22	hisapi.dms.go.th	✓
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