



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات

باسمه تعالی

تاریخ:
شماره:
پیوست:

فرم درخواست استفاده از اینترنت

نام :

نام خانوادگی :

- نام و نام خانوادگی به لاتین و به صورت تک حرف در جدول های زیر نوشته شود.

First Name:																				
Last Name:																				

- نام کاربری خود را در جدول زیر بنویسید، شایان ذکر است نام کاربری تشکیل شده است از ۲ حرف اول نام نقطه و سپس نام خانوادگی، برای مثال " ایران ایرانی " تبدیل میشود به "Ir.Irani"

UserName:																				
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

اطلاعات تماس	محل خدمت
تلفن داخلی :	معاونت / دفتر / مرکز :
تلفن مستقیم :	مدیریت :
پست الکترونیک :	سمت :

نام و امضاء مدیر مسئول

نام و امضاء متقاضی

توضیحات:

- فرم پر شده پس از تایید ظرف مدت ۲۴ ساعت وارد سیستم شده و قابل استفاده است.
- حداکثر زمان استفاده در طول روز ۲ ساعت می باشد.
- استفاده همزمان از یک کد کاربری امکان پذیر نیست.
- از آنجا که اختصاص کد کاربری در شبکه برای کاربر مربوطه امکانات و تعهداتی را ایجاد می نماید، لطفا در استفاده و حفظ کد کاربری و رمز عبور خود دقت لازم را مبذول دارید.
- در صورت فراموش کردن رمز عبور و یا گم کردن آن باید با کارت شناسایی به واحد IT مراجعه کنید.