สำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์
Controlled Copy 1
Valid copy if stamped red

แบบบันทึกความปลอดภัยข้อมูลสารสนเทศและการจัดเก็บข้อมูลด้วยระบบคอมพิวเตอร์

ลำดับที่	ชื่อไดรฟ์แหล่งจัดเก็บ/สำรองข้อมูล	สื่อบันทึกการจัดเก็บ/สำรองข้อมูล	ผู้ดำเนินการ/วันที่	ผู้ตรวจสอบ/วันที่	หมายเหตุ

หมายเหตุ : สำรอง/ตรวจสอบ ข้อมูลทุก 6 เดือน