



**UNIT TEKNOLOGI MAKLUMAT
HOSPITAL KAJANG**
JALAN SEMENYIH 4
43000, KAJANG
SELANGOR

PERMOHONAN MENGADAKAN VIDEO CONFERENCING (VC)

1. Maklumat Pemohon

Nama Pemohon	:	
Unit/Bahagian	:	
No Telefon	:	
Alamat E-mel	:	

2. Maklumat VC

Tarikh	:		Masa:	
Nama Mesyuarat/VC	:			
Nama Pengerusi Mesyuarat	:			
Status	:	<input type="checkbox"/> Host	<input type="checkbox"/> Guest	
Lokasi	:			
Medium VC	:	<input type="checkbox"/> Zoom	<input type="checkbox"/> Google Meet	
		<input type="checkbox"/> Cisco Webex	<input type="checkbox"/> Lain-lain: Nyatakan	
Pautan Atas Talian	:			
Tarikh Pengujian	:		Masa:	

3. Maklumat Jemputan/Ahli Mesyuarat

Ahli Mesyuarat VC	:	<input type="checkbox"/> Dalaman	<input type="checkbox"/> Agensi
		<input type="checkbox"/> PTJ	<input type="checkbox"/> Lain-lain: Nyatakan
Bilangan	:		
Bil. Hadir Di Bilik Mesyuarat	:		

4. Keperluan VC

PC/Laptop	:	<input type="checkbox"/> Ada	<input type="checkbox"/> Tiada
Web Camera	:	<input type="checkbox"/> Ada	<input type="checkbox"/> Tiada
Microphone	:	<input type="checkbox"/> Ada	<input type="checkbox"/> Tiada
Internet Connection	:	<input type="checkbox"/> LAN	<input type="checkbox"/> WIFI
Perkongsian Fail	:	<input type="checkbox"/> Ada	<input type="checkbox"/> Tiada

Nota: 1. Permohonan hendaklah dikemukakan sekurang-kurangnya 3 hari sebelum mesyuarat.
2. Pengujian akan dijalankan satu (1) hari atau satu (1) jam sebelum mesyuarat bermula.

Pengesahan Pemohon	Unit IT HKJG
Tandatangan :	Tandatangan :
Jawatan :	Nama :
Tarikh :	Tarikh :