****

MOPH Account Center -V.1

**แบบคำขอใช้บริการ** **MOPH Account Center**

**ระดับหน่วยงาน**

**🗆 กรมวิชาการ 🗆 สำนักงานเขตสุขภาพ 🗆 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 🗆 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ**

**🗆 โรงพยาบาลรัฐ 🗆 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 🗆 โรงพยาบาลเอกชน**

**ข้อมูลหน่วยบริการ**

ชื่อหน่วยบริการ….…...................................................................................รหัสหน่วยบริการ(5 หลัก) ..................................................

สังกัด(กรม/กอง).........................................................................................กระทรวง ............................................................................

ที่อยู่เลขที่...............................หมู่ที่ ............................อาคาร .................................................. ซอย .................................................... ถนน................................................................แขวง/ตำบล ................................................เขต/อำเภอ ................................................จังหวัด..................................................................................................................รหัสไปรษณีย์.............................................................

**ชื่อผู้ประสานงาน(Admin/ผู้ดูแลระบบ)**

ชื่อ: …………………………………………………………………...นามสกุล:………………………………………………………………………………………………..

ตำแหน่ง ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

เลขบัตรประชาชน:……………………………………………………......................................................................................................................

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้..........................................................โทรศัพท์มือถือ..........................................................................

E-mail:(โปรดระบุ).................……………...............…………….............…………………………………………………………………………………………..

Line ID:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**ข้อมูลระบบสารสนเทศ หน่วยบริการ/โรงพยาบาลรัฐ/โรงพยาบาลเอกชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**

ชื่อระบบสารสนเทศหน่วยบริการ(HIS: Hospital information system) : …………………………………………………………………...

ลงนามผู้ขอใช้บริการ..................................................................................

(................................................................................)

ตำแหน่ง..................................................................

ระดับผู้บริหารหน่วยงาน

วันที่ ...................../.............................../.................

เงื่อนไขการขอใช้บริการ ดังนี้

1. หน่วยงานระดับกรมวิชาการในสังกัดและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานระดับสำนักงานเขตสุขภาพและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน ขอให้จัดส่งเอกสารที่ผู้บริหารหน่วยงานลงนามเรียบร้อยแล้วในรูปแบบ PDF File ทาง Email : [spd.digitalhealth@gmail.com](mailto:spd.digitalhealth@gmail.com) พร้อมส่งหนังสือราชการและแบบฟอร์มฉบับจริง เรียน ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน มาที่กองยุทธศาสตร์และแผนงาน อาคาร 4 ชั้น 4 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

2. หน่วยงานระดับต่ำกว่ากรมวิชาการ ในสังกัดและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขอให้จัดส่งเอกสารที่ผู้บริหารหน่วยงานลงนามเรียบร้อยแล้ว ไปยังหน่วยงานในระดับเหนือขึ้นไป และเป็นไปตามข้อกำหนดของกรมวิชาการนั้น

3. หน่วยบริการระดับต่ำกว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขอให้จัดส่งเอกสารไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและให้เป็นไปตามข้อกำหนดของหน่วยงานต้นสังกัดนั้น

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม : กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสาตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทร 02-590-1497