



แบบคำขอใช้บริการ MOPH Immunization Center (MOPH-IC)

เงื่อนไขการขอใช้บริการ ดังนี้

- หน่วยงานระดับกรมวิชาการในสังกัด และนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานระดับสำนักงานเขตสุขภาพและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 - ขอให้กรอกแบบคำขอใช้บริการ MOPH Immunization Center (MOPH-IC) ถูกต้องทุกช่อง พร้อมทั้งให้มีการลงนามรับรองจากผู้บริหารระดับสูงในหน่วยงาน
 - ขอให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ของ ผู้ประสานงาน (Admin/ผู้ดูแลระบบ) ให้ถูกต้อง
 - ขอให้ส่งหนังสือราชการพร้อมแนบเอกสารแบบคำขอใช้บริการ MOPH Immunization Center (MOPH-IC) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ตามข้อ 1.1 และ 1.2 (ฉบับจริง) เรียน ผู้อำนวยการสำนักสุขภาพดิจิทัล ไปที่ สำนักสุขภาพดิจิทัล อาคาร 4 ชั้น 4 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
- หน่วยงานระดับต่ำกว่ากรมวิชาการ ในสังกัดและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขอให้จัดส่งเอกสารที่ผู้บริหารหน่วยงานลงนามเรียบร้อยแล้ว ไปยังหน่วยงานในระดับเหนือขึ้นไป และเป็นไปตามข้อกำหนดของกรมวิชาการนั้น
- หน่วยบริการระดับต่ำกว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลเอกชน ขอให้จัดส่งเอกสารไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และให้เป็นไปตามข้อกำหนดของหน่วยงานต้นสังกัดนั้น

*****ทั้งนี้ สำนักสุขภาพดิจิทัล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะไม่กำหนดรหัสผู้ใช้งานให้กับหน่วยบริการย่อย เพื่อให้สอดคล้องกับการกระจายวัคซีน*****

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).....

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ระดับผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงาน

วันที่...../...../.....