



แบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วม Mohprompt Station
สำหรับสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยค้างคืน (คลินิก)

1. ข้อมูลผู้ยื่นคำขอ

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....
เลขประจำตัวประชาชน.....เลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....
ที่อยู่ เลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
เบอร์โทรศัพท์(ที่ติดต่อได้).....Email.....
มีหน้าที่เป็น.....ในคลินิก

2. ข้อมูลสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยค้างคืน (คลินิก)

ชื่อคลินิก.....
สาขา.....รหัสหน่วยบริการ (5 หลัก).....
ที่อยู่ เลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
พิกัดคลินิก (เพื่อแสดงการค้นหามอบพร้อม) ละติจูด.....และลองจิจูด.....
เบอร์โทรศัพท์(ที่ติดต่อได้).....Email.....

ประเภทใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ตามลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการ (โปรดระบุ).....เลขที่ใบอนุญาต.....

ผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ชื่อ-สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน.....
ประเภทผู้ประกอบวิชาชีพ (โปรดระบุ).....
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเลขที่.....เบอร์โทรศัพท์(ที่ติดต่อได้).....

ผู้ประกอบวิชาชีพพร้อม มี.....ราย (โปรดระบุชื่อและเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ)

1.) ชื่อ-สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน.....
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเลขที่.....เบอร์โทรศัพท์(ที่ติดต่อได้).....
2.) ชื่อ-สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน.....
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเลขที่.....เบอร์โทรศัพท์(ที่ติดต่อได้).....
3.) ชื่อ-สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน.....
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเลขที่.....เบอร์โทรศัพท์(ที่ติดต่อได้).....
4.) ชื่อ-สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน.....
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเลขที่.....เบอร์โทรศัพท์(ที่ติดต่อได้).....

มีความประสงค์...

มีความประสงค์เข้าร่วมให้บริการตรวจและแปลผลการตรวจคัดกรองโควิด 19 ด้วยชุดตรวจ Antigen Test Self - Test Kit ในคลินิก แก่ประชาชน และรายงานผ่าน Mohprompt Station เพื่อแสดงผลใน Application หมอพร้อมของกระทรวงสาธารณสุข ต่อไป

ข้อตกลงการรักษาข้อมูลที่เป็นความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล

ผู้ได้รับใบอนุญาตฯ ให้สัญญา ตกลงจะรักษาความลับข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการ อาทิ รายการ และ/หรือรายละเอียด และ/หรือภาพ และ/หรือข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล ตาม พรบ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 7 “ข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล เป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยในประการที่น่าจะทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของบุคคลนั้นโดยตรง หรือมีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย แต่ไม่ว่าในกรณีใด ๆ ผู้ใดจะอาศัยอำนาจหรือสิทธิ ตามกฎหมายว่าด้วยข้อมูลข่าวสารของราชการ หรือกฎหมายอื่น เพื่อขอเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลที่ไม่ใช่ของตนไม่ได้” และประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 323 บัญญัติไว้ว่า “ผู้ใดล่วงรู้หรือได้มาซึ่งความลับของผู้อื่นโดยเหตุที่เป็นเจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่ โดยเหตุที่ประกอบอาชีพแพทย์ เภสัชกร คนจำหน่ายยา นางผดุงครรภ์ ผู้พยาบาล นักบวช หมอความ ทนายความหรือผู้สอบบัญชี หรือโดยเหตุที่เป็นผู้ช่วยในการประกอบอาชีพนั้น แล้วเปิดเผยความลับนั้นในประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

□ ตกลงรักษาข้อมูลที่เป็นความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล

ขอรับรองว่า ข้อมูลที่ระบุในแบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วม Mohprompt Station เป็นความจริงทุกประการ และได้แนบเอกสารที่มีการลงลายมือชื่อ**ผู้ได้รับใบอนุญาตฯ** บนเอกสารทุกฉบับ มาพร้อมกับแบบแสดงเจตจำนงฉบับนี้แล้ว

ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เอกสารหลักฐาน

1. สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
2. สำเนาใบอนุญาตประกอบกิจการ
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ผู้ยื่นคำขอ ผู้รับใบอนุญาต และ ผู้ประกอบวิชาชีพพร้อม
4. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ผู้ยื่นคำขอ ผู้รับใบอนุญาต และ ผู้ประกอบวิชาชีพพร้อม
5. สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติบัตร หรือหนังสือรับรอง(กรณีคลินิกเฉพาะทาง)