



## แบบคำขอใช้บริการ MOPH Immunization Center (MOPH-IC) สำหรับหน่วยงานภาครัฐและเอกชนอื่น

เงื่อนไขการขอใช้บริการ ดังนี้

1. ขอให้หน่วยงานกรอกแบบคำขอใช้บริการ MOPH Immunization Center (MOPH-IC) ถูกต้องทุกช่อง พร้อมทั้งให้มีการลงนามรับรองจากผู้บริหารระดับสูงในหน่วยงาน
2. ขอให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ของ ผู้ประสานงาน (Admin/ผู้ดูแลระบบ) ให้ถูกต้อง
3. ขอให้แนบเอกสารรายละเอียดข้อมูลที่ประสงค์ขอรับการสนับสนุน/เชื่อมต่อระบบ/API ที่หน่วยงานต้องการ ตามตัวอย่าง (ถ้ามี)
4. ให้ส่งหนังสือราชการพร้อมแนบเอกสารแบบคำขอใช้บริการ MOPH Immunization Center (MOPH-IC) ตามข้อ 1, 2 และ 3 เรียง ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน มาที่ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน อาคาร 4 ชั้น 4 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

**ข้อมูลหน่วยงาน**

**สังกัดกระทรวง/ทบวง/กรม/(โปรดระบุ)**

ชื่อหน่วยบริการ.....รหัสหน่วยบริการ 5 หลัก.....

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.....

**จุดประสงค์ที่ขอรับการสนับสนุน/เชื่อมต่อระบบ/API โปรดระบุ**

.....  
.....  
.....

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ระดับผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงาน

วันที่...../...../.....

