



## แบบคำขอใช้บริการ MOPH Immunization Center (MOPH-IC)

### กรุงเทพมหานคร

#### เงื่อนไขการขอใช้บริการ ดังนี้

1. หน่วยงานกรมการแพทย์ สำนักการแพทย์ สำนักอนามัย หรือ หน่วยงานที่ได้รับมอบหมายโดยคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อจังหวัดกรุงเทพมหานครให้เป็นผู้กำกับดูแลข้อมูลการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1.1 ขอให้กรอกแบบคำขอใช้บริการ MOPH Immunization Center (MOPH-IC) ถูกต้องทุกช่อง พร้อมทั้งให้มีการลงนามรับรองจากผู้บริหารระดับสูงในหน่วยงาน

1.2 ขอให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ของ ผู้ประสานงาน (Admin/ผู้ดูแลระบบ) ให้ถูกต้อง

1.3 ให้ส่งหนังสือราชการพร้อมแนบเอกสารแบบคำขอใช้บริการ MOPH Immunization Center (MOPH-IC) ตามข้อ 1.1, 1.2 ในรูปแบบ PDF File ทาง Email :

spd.digitalhealth@gmail.com พร้อมส่งหนังสือราชการและแบบฟอร์มฉบับจริง เรียน ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน มาที่กองยุทธศาสตร์และแผนงาน อาคาร 4 ชั้น 4 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

2. หน่วยบริการภายใต้การกำกับดูแลของหน่วยงานตามข้อ 1 ขอให้จัดส่งเอกสารไปยังหน่วยงานที่ทำหน้าที่กำกับดูแลโดยตรง

**\*\*\*ทั้งนี้กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะไม่กำหนดรหัสผู้ใช้งานให้กับหน่วยบริการย่อย เพื่อให้สอดคล้องกับการกระจายวัคซีน\*\*\***

#### ระดับหน่วยงาน

สำนักการแพทย์  สำนักอนามัย  โรงพยาบาลรัฐ  ศูนย์บริการสาธารณสุข  โรงพยาบาลเอกชน

#### ข้อมูลหน่วยบริการ

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

สังกัด.....

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/ศูนย์บริการสาธารณสุข

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



สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ Line open chat "MOPH Immunization center"

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ระดับผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงาน

วันที่...../...../.....