



แบบแจ้งความประสงค์เปิดให้บริการจองคิวฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับประชาชนทุกกลุ่ม
บน Line OA และ application หมอพร้อม

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

ขอแจ้งรายชื่อโรงพยาบาล ที่มีความประสงค์เปิดให้บริการจองคิวฉีดวัคซีนโควิด 19 บน Line OA และ application หมอพร้อม ตั้งแต่วันที่ 31 พฤษภาคม 2564 เป็นต้นไป ดังนี้

ลำดับที่	รายชื่อโรงพยาบาล	รหัสหน่วยบริการ (5 หลัก)	วันที่เปิด slot	จำนวน slot ที่เปิดให้จองต่อวัน

- หมายเหตุ 1. วันที่เปิด slot ให้ระบุ วันจันทร์-วันอาทิตย์ หรือวันที่โรงพยาบาลสะดวกให้บริการ
2. จำนวน slot ที่เปิดให้จองต่อวัน เป็นไปตามการบริหารจัดการ บน MOPH-IC ของแต่ละโรงพยาบาล

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าโรงพยาบาลตามรายชื่อข้างต้น มีความประสงค์เปิดให้บริการจองคิวฉีดวัคซีนโควิด 19 บน Line OA และ application หมอพร้อม จริง

ลงนาม.....
(.....)
ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....
วันที่...../...../.....

ขอให้จัดส่งเอกสารที่ผู้บริหารลงนามเรียบร้อยแล้วในรูปแบบ PDF File ทาง Email : mohprompt@gmail.com พร้อมส่งหนังสือราชการและแบบฟอร์มฉบับจริง
เรียน ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน มาที่กองยุทธศาสตร์และแผนงาน อาคาร 4 ชั้น 4 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
ภายในวันที่ 27 พฤษภาคม 2564

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม : กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ โทร 02-590-1493,1495