



## แบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วม Mohprompt Station สำหรับ โรงพยาบาล/หน่วยงานภาครัฐ

### 1. ข้อมูลหน่วยงาน

ชื่อหน่วยงาน.....รหัสหน่วยบริการ 5 หลัก.....  
 ที่อยู่ เลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....หมู่ที่.....  
 ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....  
 อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
 เบอร์โทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้).....

### 2. ข้อมูลผู้ยื่นคำขอ

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชน.....  
 ตำแหน่ง.....  
 หน้าที่รับผิดชอบในหน่วยงาน.....  
 เบอร์โทรศัพท์(ที่ติดต่อได้).....Email-address.....

### 3. ข้อมูลบุคลากรทางการแพทย์ ที่เป็นผู้ให้บริการ ประจำโรงพยาบาล/หน่วยงานภาครัฐ

กรุณาระบุรายละเอียดบุคลากรทางการแพทย์ที่ผู้ให้บริการทุกคน

- 1.) ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....  
 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ.....  
 เบอร์โทรศัพท์(ที่ติดต่อได้).....Email-address.....
- 2.) ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....  
 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ.....  
 เบอร์โทรศัพท์(ที่ติดต่อได้).....Email-address.....
- 3.) ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....  
 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ.....  
 เบอร์โทรศัพท์(ที่ติดต่อได้).....Email-address.....

มีความประสงค์เข้าร่วมให้บริการตรวจและแปลผลการตรวจคัดกรองโควิด 19 ด้วยชุดตรวจ Antigen Test Self - Test Kit แก่ประชาชน บุคลากร เจ้าหน้าที่ และผู้ที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ในหน่วยงาน และรายงานผลการตรวจผ่านระบบ Mohprompt Station เพื่อแสดงผลใน Application หมอพร้อม ของกระทรวงสาธารณสุข ต่อไป

#### ข้อตกลงการรักษาข้อมูลที่เป็นความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล

**ผู้ขอใช้บริการ** หมายถึง ผู้ยื่นคำขอ และรวมถึง หน่วยงาน หรือ บริษัท ที่ซึ่งผู้ยื่นคำขอ ระบุไว้ใน แบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วม Mohprompt Station สำหรับโรงพยาบาล/หน่วยงานภาครัฐ ในฉบับนี้ โดยให้สัญญา ตกลงจะรักษาความลับ ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการ อาทิ รายการ และ/หรือรายละเอียด และ/หรือภาพ และ/หรือข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล 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 เกสซ์กร คนจำหน่ายยา นางผดุงครรภ์ ผู้พยาบาล นักบวช หมอความ ทนายความหรือผู้สอบบัญชี หรือ โดยเหตุที่เป็นผู้ช่วยในการประกอบอาชีพนั้นแล้วเปิดเผยความลับนั้นในประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

**ตกลงรักษาข้อมูลที่เป็นความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล**

ขอรับรองว่า ข้อมูลที่ระบุในแบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วม Mohprompt Station เป็นความจริงทุกประการ และได้แนบเอกสารที่มีการลงลายมือชื่อผู้ขอใช้บริการ บนเอกสารทุกฉบับ มาพร้อมกับแบบแสดงเจตจำนงฯ ฉบับนี้แล้ว

ลงนาม.....

( ..... )

ตำแหน่ง.....

ผู้ยื่นคำขอ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้บริหารสูงสุดหน่วยงาน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**เอกสารหลักฐาน**

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ยื่นคำขอ และบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ให้บริการ ประจำหน่วยงาน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ทุกคน (1 ฉบับ)
2. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ของบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ให้บริการ ประจำหน่วยงาน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ทุกคน (รวม 1 ฉบับ)
3. แบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วม Mohprompt Station สำหรับโรงพยาบาล/หน่วยงานภาครัฐ (1 ฉบับ)  
ทั้งนี้ เอกสารหลักฐานทุกฉบับขอให้บันทึกเป็นไฟล์นามสกุล .pdf เท่านั้น เพื่อป้องกันการปลอมแปลงและแก้ไข