## Digital Signature บนหมอพร้อม Station

Digital Signature คือ การลงลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ แทนการลงลายมือชื่อด้วยปากกา เพื่อกำกับการออกใบรับรองสุขภาพดิจิทัล เช่น ใบรับรองผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เชื้อโควิด 19) ใบรับรอง ผลตรวจหาเชื้อโควิด 19 ด้วย ATK ใบรับรองแพทย์สำหรับการตรวจสุขภาพ เป็นต้น หมอพร้อม ได้สนับสนุน การออกใบรับรองสุขภาพดิจิทัล ที่มี Digital Signature กำกับ ให้กับโรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน คลินิก เวชกรรม คลินิกทันตกรรม คลินิกเทคนิคการแพทย์ และร้านยา เพื่อสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถ ให้บริการประชาชนได้อย่างสะดวกรวดเร็ว ลดขั้นตอน และลดความแออัดในโรงพยาบาล/หน่วยบริการ รวมถึง อำนวยความสะดวกแก่ประชาชนที่ใช้ Smart Phone สามารถรับใบรับรองสุขภาพดิจิทัล ผ่าน LINE Official Account และแอปพลิเคชัน "หมอพร้อม" ได้อีกด้วย

## ประเภท หน่วยบริการ ที่สามารถสมัครใช้ Digital Signature ผ่านหมอพร้อม Station และผู้ที่สามารถ ขอใช้ Digital Signature ได้ ดังนี้

๑. โรงพยาบาล

- โรงพยาบาลรัฐ (ผู้มีสิทธิ์ใช้งาน Digital Signature : แพทย์ , ทันตแพทย์) สมัครผ่านช่องทาง https://mophcertificate.moph.go.th
- โรงพยาบาลเอกชน (ผู้มีสิทธิ์ใช้งาน Digital Signature : แพทย์) สมัครผ่าน หมอพร้อม Station

## ๒. คลินิก

- คลินิกเวชกรรม / คลินิกเฉพาะทาง / สหคลินิก (ผู้มีสิทธิ์ใช้งาน Digital Signature : แพทย์)
- คลินิกทันตกรรม (ผู้มีสิทธิ์ใช้งาน Digital Signature : ทันตแพทย์)
- คลินิกเทคนิคการแพทย์ (ผู้มีสิทธิ์ใช้งาน Digital Signature : เทคนิคการแพทย์)

\*\* คลินิกอื่น ๆ อยู่ระหว่างการขอรับความคิดเห็นจากสภาวิชาชีพ

๓. ร้านยา (ผู้มีสิทธิ์ใช้งาน Digital Signature : เภสัชกร)

## ประเภทเอกสารที่ผู้มีสิทธิ์ใช้ Digital Signature สามารถใช้งานได้หลังได้รับ Digital Signature

				ໃບรับ	เรองแพทย์	ทั่วไป		ใบรับรอง	ใบรับรองผล	ใบรับรองผล
ประเภทของ	ร้านยา/คลินิก/	วิชาชีพที่สามารถ	สำหรับ	สำหรับ	สำหรับ	ใบ	สำหรับ	แพทย์โรค	ตรวจทาง	ตรวจหาเชื้อ
หน่วยบริการ	ที่สามารถสมัครใช้	ยื่นสมัครใช้ Digital	ตรวจ	ทำใบขับขี่	ตรวจ	ความเห็น	ทำ	โควิด19	ห้องปฏิบัติการ	โควิด 19
Digital Signa	ature	Signature	สุขภาพ		สุขภาพ	แพทย์	ประกัน		(เชื้อโควิด 19)	ด้วย ATK
			ทั่วไป		ต่างด้าว		สุขภาพ			
	5 V	แพทย์	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
โรงพยาบาล	โรงพยาบาลรฐ	ทันตแพทย์	-	-	-	✓	-	-	-	✓
	โรงพยาบาลเอกชน	แพทย์	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	คลินิกเวชกรรม	แพทย์	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
คลินิก	คลินิกทันตกรรม	ทันตแพทย์	-	-	-	✓	-	-	-	✓
	คลินิกเทคนิคการแพทย์	เทคนิคการแพทย์			-			-	✓	✓
ร้านยา	ร้านยา	เภสัชกร			-			-	-	✓

- ขั้นตอนการสมัครใช้งาน Digital Signature ผ่านหมอพร้อม Station
- ๑. ร้านยา/คลินิก/หน่วยบริการ ลงทะเบียนเข้าร่วมระบบหมอพร้อม Station และได้รับการอนุมัติเข้าใช้งาน (ร้านยา/คลินิก/หน่วยบริการ ที่เคยลงทะเบียนและได้รับการอนุมัติเข้าใช้งานแล้ว ให้ข้ามไปข้อ ๒ (หน้า๑๓))
   ๑.๑. ลงทะเบียนทางเว็บไซต์ https://mohpromtstation.moph.go.th/
  - เลือก "เข้าสู่ระบบ"
  - เลือก ลงทะเบียน



ขึ้นตอนการลงทะเบียน ร้านขายยา/คลินิก 1 กรอกรายละเอียดต่างๆ 2 ส่งเอกสารประกอบการสมัครให้ครบถ้วน 3 ดิดตามการดรวจสอบ และยืนยันการอนุมัติ ที่เมนู ครารเมียน ครารสอบสถานะ (บำรวมกลุ่ม open chat		
<ul> <li>2 ส่งเอกสารประกอบการสมัครให้ครบถ้วน</li> <li>3 ดิดดามการดรวจสอบ และยืนยันการอนุมัติ ที่เมนู ยื่อผู้ไข้</li> <li>๑งทะเบียน ครวจสอบสถานะ (เข้าร่วมกลุ่ม open chat)</li> </ul>	ขั้นตอนการลงทะเบียน ร้านขายยา/คลินิก 1 กรอกรายละเอียดต่างๆ	● KIJƏ ₩ŠƏIJ Station ⊘
	<ul> <li>ส่งเอกสารประกอบการสมัครให้ครบด้วน</li> <li>ดิดตามการตรวจสอบ และยืนยันการอนุมัติ ที่เมนู</li> <li>ดงทะเบียน</li> <li>ตรวจสอบสถานะ</li> <li>เข้าร่วมกลุ่ม open chat</li> </ul>	ชื่อผู้ใช้ รหัสผ่าน

๑.๒. บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์ม "แบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วม Mohpromt Station" ในหน้าจอให้ครบถ้วน

หน้าจอ "แบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วม Mohpromt Station" แบ่งเป็น ๔ ส่วน ดังนี้ <u>ส่วนที่ ๑ : ข้อมูลผู้ยื่นคำขอ</u> : ให้บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มในหน้าจอให้ครบถ้วน แล้วกดปุ่ม "ถัดไป" - ผู้ยื่นคำขอ คือ ผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาต ประกอบโรคศิลปะ หรือเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติหน้าที่ประจำในหน่วยงาน ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ (ตามประเภทของคลินิกที่ได้รับอนุญาต)

1.ข้อมูลผู้ยื่นศาขอ					
ชื่อ		นามสกุล			
อายุ		บ			
สัญชาติ	ไทย 🗸	เลขประจำด้วประชาชน			
ເລຍໃນວນຸญາດປรະກວນวິชาชีพ					
ที่อยู่ เลขที			หมู่บ้าน/อาคาร		
waj		ທຣວກ/ໝວຍ		ถมน	
จังหวัด	กรุณาเลือก 🗸	อำเภอ/เขต	กรุณาเลือก 🗸	ตำบล/แขวง	กรุณาเลือก 🗸
รทัสไปรษณีย์					
เบอร์โทรศัพท์		อีเมล์			
มีหน้าที่	กรุณาเลือก 🗸				
ประเภท	(๋) ร้านยา () คลินิก () โรงพยาบาล/หน่ว	ยงานภาครัฐ () หน่วยงานเอกชน/อื่นๆ () หน่วย-	ขานกลาง (ภายได้กระทรวงสาธารณสุข)		
ประเภทหน่วยบริการ	กรณาเลือก 🗸				
					กลับ ถึดไป

- ผู้ยื่นคำขอ หลังได้รับการอนุมัติ จะได้รับ Username & Password สำหรับเข้าใช้งาน

- ชื่อ
- นามสกุล
- อายุ
- สัญชาติ
- เลขประจำตัวประชาชน
- เลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
- ที่อยู่ : เลขที่, หมู่บ้าน/อาคาร, หมู่, ตรอก/ซอย, ถนน
- จังหวัด
- อำเภอ/เขต
- ตำบล/แขวง
- รหัสไปรษณีย์
- เบอร์โทรศัพท์
- อีเมล

- มีหน้าที่ : แพทย์ / พยาบาล / เภสัชกร / นักเทคนิคการแพทย์ / นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ / ทันตแพทย์ /ผู้บริหาร / อื่นๆ
- ประเภท :
  - ร้านยา (ร้านยาที่ได้รับใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน)
    - ประเภทหน่วยบริการ :
      - ทั่วไป / คุณภาพ / เลิกบุหรี่ / คุณภาพ,เลิกบุหรี่ / คุณภาพ,HI / คุณภาพ,เลิกบุหรี่,HI / อื่นๆ
  - o คลินิก

(คลินิกทุกประเภทที่ได้รับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล และใบอนุญาต ประกอบกิจการ ถูกต้อง และใบอนุญาตยังไม่หมดอายุ)

- โรงพยาบาล/หน่วยงานภาครัฐ
  - ประเภทหน่วยบริการ :

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ / สถานีอนามัย / สถานบริการสาธารณสุขชุมชน / โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลชุมชน / ศูนย์สุขภาพชุมชน ของ รพ. / ศูนย์สุขภาพชุมชน สธ. / ศูนย์วิชาการ / โรงพยาบาล นอก สป.สธ. / โรงพยาบาล นอก สธ. / ศูนย์บริการสาธารณสุข / ศูนย์สุขภาพชุมชน นอก สธ. / โรงพยาบาลเอกชน / โรงพยาบาล,ศูนย์บริการสาธารณสุข สาขา / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล / ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์-กรมวิทย์ / หน่วยงานภาครัฐอื่น (ระบุ)

- หน่วยงานเอกชน / อื่นๆ
  - ประเภทหน่วยบริการ :

สถานประกอบกิจการ / สถานศึกษา / หน่วยงานเอกชนอื่น (ระบุ)

 หน่วยงานกลาง (ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข) : กรม / กองต่างๆ ที่อยู่ภายในกระทรวง สาธารณสุข

เมื่อกรอกข้อมูลในหน้าจอครบถ้วนแล้วกดปุ่ม "ถัดไป"

## ส่วนที่ ๒ : ข้อมูลหน่วยงาน

ให้ผู้ยื่นคำขอบันทึกข้อมูลของหน่วยงาน ร้านยา/คลินิก/สถานพยาบาล ตามแบบฟอร์มในหน้าจอ ให้ครบถ้วน

\*\*\* ระบบจะให้บันทึกข้อมูลตามประเภทหน่วยบริการที่**ผู้ยื่นคำขอ** ได้เลือกประเภทไว้ในส่วนที่ ๑ หากหน้าจอแสดงประเภทคลินิกหรือหน่วยงานไม่ถูกต้อง ผู้ยื่นคำขอต้องกลับไปแก้ไขข้อมูลในส่วนที่ ๑ ให้ถูกต้องก่อน

ข้อมูลหน่วยงาน						
ชื่อร้านยา		สาขา			รพัสหน่วยบริการ(5 หลัก)	
ที่อยู่	่นำข้อมูลจากผู้ยื่นคำขอมาใช้					
เลขที				หมู่บ้าน/อาคาร		
พอj		ตรอก/ชอบ			נוגרס	
จังหวัด	กรณาเลือก 🗸	อำเภอ/เขต	กรุณาเลือก	~	ตำบล/แขวง	กรุณาเลือก 🗸
รทัสไปรษณีย์						
เบอร์โทรศัพท์		อีเมล์				
ລະທີ່ຈຸດ		ຄວงທີ່ຈຸດ			พิกัด (เพื่อแสดงการค้นหาบนระบบหมอพร้อ	ม)
ประเภทใบอนุญาต	<ul> <li>๒ ขายยามีจจุบันขั้นหนึ่ง</li> <li>๒ ขายยาเสพติดให้โทษประเภท 3</li> <li>๒ ขายยาเสพติดให้โทษประเภท 3 และ 4</li> </ul>		หมายเลขใบอนุญาด หมายเลขใบอนุญาด หมายเลขใบอนุญาด			

รหัสหน่วยบริการ (๕ หลัก)

 หน่วยงานบริการสุขภาพ สามารถตรวจสอบรหัสหน่วยบริการสุขภาพ ที่เว็บไซต์กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

http://203.157.10.8/hcode\_2020/query\_set.php

- ร้านยาและคลินิก ที่ไม่มีรหัสหน่วยบริการ ให้ใส่ เครื่องหมาย " - " ที่ช่องรหัสหน่วยบริการ (5 หลัก)

## ส่วนที่ ๓ : ข้อมูลผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการ

ผู้ได้รับอนุญาต : กรณี หน่วยงานภาครัฐ ให้ใส่ ชื่อผู้บริหาร ของหน่วยงาน ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ : กรณี ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ และ ผู้ยื่นคำขอ ไม่ใช่คนเดียวกัน เมื่อกรอกข้อมูลที่ช่องนี้แล้ว ให้กรอกข้อมูลผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ในส่วนที่ ๔ (ผู้ประกอบวิชาชีพร่วม) ด้วย เพื่อรับรหัสเข้าใช้งาน

ข้อมูลผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบกิจก	าาร					
	ผู้รับอนุญาต 🗌 นาข้	้อมูลจากผู้ยื่นศาขอมาใช้				
ขือ			นามสกุล			
เลขประจำดัวประชาชน			ใบอนุญาดประกอบวิชาชีพ เลขที่		เบอร์โทรศัพท์	
[	ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (	🗌 น่าข้อมูลจากผู้ยื่นศาขอมาใช้	เมื่อกรอกข้อมูลที่ช่องนี้แล้ว	ง ให้กรอกข้อมูลผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	เ ในส่วนถัดไป(ผู้ประกอบวิชาชีพร่วม) ด้ <sup>ะ</sup>	วย เพื่อรับรหัสเข้าใช้งาน
ชื่อ			นามสกุล	0.01		
เลขประจำตัวประชาชน	10000 (100		ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เลขที่		เบอร์โทรศัพท์	alliner
ผู้ประกอบวิชาชีพร่วม ( <mark>สำหรับออกร</mark>	หัสผู้ใช้งาน คนที่ 2,3	3,4)				
สำดับ ชื่อ นาม	มสกุล	เลขประจำดัวประชาชน	ໃນວ	นุญาดประกอบวิชาชีพเลขที	เบอร์โทรศัพ	เท์ แก้ไข/ลบ
						กลับ ถัดไป

ให้กรอกข้อมูลบุคลากรที่เป็นผู้ปฏิบัติงาน รายงานผลตรวจ ให้ครบทุกคน

โดยผู้ที่มีรายชื่อในส่วนนี้ หลังได้รับอนุมัติ จะได้รับ Username & Password รายบุคคล

- ๑.) กดปุ่ม "เพิ่ม"
- ๒.) กรอกข้อมูลผู้ประกอบวิชาชีพร่วม ให้ครบถ้วนทุกช่อง
  - ชื่อ
  - นามสกุล
  - เลขประจำตัวประชาชน
  - ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
  - เบอร์โทรศัพท์
  - ชื่อ (ภาษาอังกฤษ)
  - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ)
  - ตำแหน่ง : แพทย์ / พยาบาล / เภสัชกร / นักเทคนิคการแพทย์ / นักวิทยาศาสตร์ การแพทย์ / ทันตแพทย์ /ผู้บริหาร / อื่นๆ

๓.) กดปุ่ม "เพิ่ม"

ข้อมูลผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบกิจก	าร			
	<b>ผู้รับอนุญาต</b> □นาข้อมูลจากผู้ขึ้นคำขอมาใช้			
ชื่อ		นามสกุล	Alleria,	
เลขประจำตัวประชาชน		ใบอนุญาดประกอบวิชาชีพ เลขที	line .	เบอร์โทรศัพท์
	ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ 🗌 น่าข้อมูลจากผู้ยื่นศาขอมาใช้			
ข้อ		นามสกุล	100.0	
เลขประจำตัวประชาชน		ใบอนุญาดประกอบวิชาชีพ เลขที่		เบอร์โทรศัพท์
ผู้ประกอบวิชาชีพร่วม ( <mark>สำหรับออกร</mark> ห	หัสผู้ใช้งาน คนที่ 2,3,4)			
ลำดับ ชื่อ นาม	สกุล เลชประจำดัวประชาชน	ໃນອາ	เญาตประกอบวิชาชีพเลชที่	เบอรโทรศัพท์ แก้ไข/ดบ
		-		
				ກສຳນ ຜິລານ

ชื่อ		
นามสกุล		
เลขประจำดัวประชาชน		
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ		
เบอร์โทรศัพท์		
ชื่อ (อังกฤษ)		
นามสกุล (อังกฤษ)		
ตำแหน่ง	กรุณาเลือก	~

๔.) หน้าจอจะแสดงรายชื่อและข้อมูลบุคลากรที่เป็นผู้ปฏิบัติงาน รายงานผลตรวจ
 ให้เพิ่มข้อมูลบุคลากรที่เป็นผู้ปฏิบัติงาน รายงานผลตรวจ ให้ครบทุกคน
 ๕.) กดปุ่ม "ถัดไป"

ลำดับ	ชื่อ	นามสกุล	เดขประจำด้วประชาชน	ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเลขที่	เบอร์โทรศัพท์	u
					1000	
1.1		10000				

๑.๓. หน้าจอแสดงหน้าสำหรับให้ยืนยัน "ข้อตกลงการรักษาข้อมูลที่เป็นความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล" โดยอ่านรายละเอียด และกด "ตกลงรักษาข้อมูลที่เป็นความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล" จากนั้นกดปุ่ม "ตกลง"



๑.๔. เมื่อกด "ตกลง" หน้าจอจะแสดงข้อความแจ้งให้ดาวน์โหลดไฟล์เอกสาร "แบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วม

MOH PROMPT Station" ของแต่ละประเภทที่ลงทะเบียน

- หากเตรียมเอกสารไว้พร้อมแล้ว ให้กด "ถัดไป"
- ถ้ายังไม่มี File เอกสาร ให้กด ดาวน์โหลดไฟล์

	G	าวน์โหลดเอกสารประกอบการสมัครสมาข์	ใก (ประเภทร้านยา)	
	🗌 ขายยาเสพดิดใ	MohpromtStation-drugstore-online.pdf 🕹		
		*กรุณาดาวน์โหลดเอกสารเพื่อทำรายการถัดไป		
นุญาตประกล	อบกิจการ ผู้รับอนุญาต 🗹 นำข้อมู		<b></b>	อัดไป
ชื่อ	-	นามสกุล	-	
ด้วประชาชน		ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เลชที่		เบอร์โทรศัพ
	ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ 🔽 น่าร	<b>้อมูลจากผู้ยื่นค</b> ำขอมาใช้		
ชื่อ		นามสกุล		

- ๑.๕. หน้าจอจะแสดงหน้าสำหรับอัปโหลดเอกสารประกอบการลงทะเบียน
  - ให้อัปโหลดเอกสารประกอบการสมัครผ่านเว็บไซต์ (ไม่ต้องส่งเอกสารฉบับจริง)
  - ๑.) กดปุ่ม "Browse" เพื่อเลือกไฟล์เอกสารที่ต้องการอัปโหลด
    - เอกสารประกอบการลงทะเบียนของคลินิกแต่ละประเภทจะไม่เหมือนกัน
      - ให้ตรวจสอบรายการเอกสารประกอบการลงทะเบียน ตามที่ระบุไว้แนบท้ายเอกสาร "แบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วมหมอพร้อม Station"
    - เลือกอัปโหลด เฉพาะไฟล์เอกสารประกอบการลงทะเบียนตามประเภทของคลินิกเท่านั้น
       (เอกสารที่ไม่เกี่ยวข้องหรือไม่ได้ระบุไว้ท้ายเอกสารแบบแสดงเจตจำนงฯ ก็สามารถข้ามได้)
    - ไฟล์เอกสารที่จะอัปโหลด ให้บันทึกเป็น PDF file หากมีเอกสารมากกว่า ๑ หน้า ให้รวม
       เอกสารเป็นไฟล์เดียวกันให้เรียบร้อยก่อน แล้วจึงกดอัปโหลด
      - เช่น ถ้ามีรายการผู้ยื่นคำขอ ๓ คน ต้องบันทึกสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของทั้ง ๓ คน ให้ต่อเนื่องกันเป็น ๑ ไฟล์ก่อน แล้วจึงกดอัปโหลด
    - ขนาดไฟล์ ไม่เกิน ๑๐ MB
  - ๒.) เมื่ออัปโหลดไฟล์เรียบร้อยแล้ว กด "ลงทะเบียน"

	แบบแสดงเจดจำนงเข้าร่วม Mohpromt Station อิ— 2ิ— 3					
2. ข้อมูลสถ <sup>.</sup> อัพโหลด <sup>1</sup>	ามพยามาล(ร้านยา) เฟล์เอกสาร					
ลำดับ	เอกสาร	อัพโหลดไฟล์				
1.	สำเนาบัตรประชาชน ผู้ขึ้นคำขอ ผู้รับใบอนุญาติ และ ผู้ประกอบวิชาขีพร่วม	Choose file 2 Browse				
2.	สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาขีพใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ผู้อื่นคำขอ ผู้รับใบอนุญาติ และ ผู้ประกอบวิชาขีพร่วม	Choose file Browse				
3.	สำเนาใบอนุญาดให้ดำเนินการร้านขายยา	Choose file Browse				
4.	แบบแสดง∜านงเข้าร่วม Mohpromt Station	Choose file Browse				
		2 🔿 Romenti				

## ข้อแนะนำ : หากไม่มีเครื่อง scan เอกสาร แนะนำให้ใช้โทรศัพท์มือถือ ดาวน์โหลด Application ที่ชื่อว่า "CamScanner" ใช้งานได้ทั้ง iOs และ Android

## เอกสารประกอบการลงทะเบียน

## ประเภท ร้านยา :

๑. สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการร้านยา พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (๑ ฉบับ)

๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ผู้ยื่นคำขอ ผู้รับอนุญาต และผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเสริม
 พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ทุกคน (รวม ๑ ฉบับ)

๓. สำเนาใบอนุญาต<sup>์</sup>ประกอบวิชาชีพ ผู้ยื่นคำขอ ผู้รับอนุญาต และผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเสริม พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ทุกคน (รวม ๑ ฉบับ)

 ๔. แบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วม MOH PROMPT Station สำหรับ ร้านยา ที่ให้ความยินยอมตกลงรักษา ข้อมูลที่เป็นความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล พร้อมลงนามโดย ผู้ได้รับอนุญาต อย่างถูกต้อง (๑ ฉบับ)
 ๕. เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

ทั้งนี้ เอกสารหลักฐานทุกฉบับขอให้บันทึกเป็นไฟล์นามสกุล .pdf เท่านั้น เพื่อป้องกันการปลอมแปลงและแก้ไข

## ประเภท คลินิก :

๑. สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (๑ ฉบับ)

๒. สำเนาใบอนุญาตประกอบกิจการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (๑ ฉบับ)

m. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ผู้ยื่นคำขอ ผู้รับใบอนุญาต และ ผู้ประกอบวิชาชีพร่วม

พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ทุกคน (รวม ๑ ฉบับ)

 ๔. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ผู้ยื่นคำขอ ผู้รับใบอนุญาต และ ผู้ประกอบวิชาชีพร่วม พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ทุกคน (รวม ๑ ฉบับ)

๕. สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติบัตร ห<sup>ร</sup>ือหนังสือรับรอง(กรณีคลินิกเฉพาะทาง) พร้อมรับรอง สำเนาถูกต้อง (๑ ฉบับ)

๖. แบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วม MOH PROMPT Station สำหรับสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยค้างคืน (คลินิก) ที่ให้ความยินยอมตกลงรักษาข้อมูลที่เป็นความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล พร้อมลงนามโดย ผู้ได้รับอนุญาต อย่างถูกต้อง (๑ ฉบับ)

๗. เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

ทั้งนี้ เอกสารหลักฐานทุกฉบับขอให้บันทึกเป็นไฟล์นามสกุล .pdf เท่านั้น เพื่อป้องกันการปลอมแปลงและแก้ไข

## ประเภท โรงพยาบาล/หน่วยงานภาครัฐ :

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชั้น ผู้ยื่นคำขอ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (๑ ฉบับ)

๒. แบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วม MOH PROMPT Station สำหรับ โรงพยาบาล ที่ให้ความยินยอมตกลง
 รักษาข้อมูลที่เป็นความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล พร้อมลงนามโดย ผู้ได้ยื่นคำขอ และ ผู้อำนวยการ
 โรงพยาบาล อย่างถูกต้อง (๑ ฉบับ)

๓. เอกสารอื่นๆ เช่น ใบประกอบวิชาชีพผู้ยื่นคำขอ

ทั้งนี้ เอกสารหลักฐานทุกฉบับขอให้บันทึกเป็นไฟล์นามสกุล .pdf เท่านั้น เพื่อป้องกันการปลอมแปลงและแก้ไข

## ประเภท หน่วยงานเอกชน/อื่นๆ :

๑. สำเนาใบอนุญาตประกอบกิจการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (๑ ฉบับ)

 ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/พาสปอร์ต ผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการ พร้อมรับรองสำเนา ถูกต้อง (๑ ฉบับ)

๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ ที่เป็นผู้ให้บริการ ประจำสถานประกอบกิจการ/ หน่วยงาน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ทุกคน (รวม ๑ ฉบับ)

๔. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ของบุคลากรทางการแพทย์ ที่เป็นผู้ให้บริการ
 ประจำสถานประกอบกิจการ /หน่วยงาน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ทุกคน (รวม ๑ ฉบับ)

 ๕. แบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วม MOH PROMPT Station สำหรับหน่วยงานเอกชน/อื่นๆ ที่ให้ความยินยอม ตกลงรักษาข้อมูลที่เป็นความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล พร้อมลงนามโดยผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงาน อย่างถูกต้อง (๑ ฉบับ)

๖. เอกสารอื่นๆ (๑ ฉบับ)

ทั้งนี้ เอกสารหลักฐานทุกฉบับขอให้บันทึกเป็นไฟล์นามสกุล .pdf เท่านั้น เพื่อป้องกันการปลอมแปลงและแก้ไข

## ประเภท หน่วยงานกลาง (ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข):

เฉพาะหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กรมวิชาการ, สำนัก/กอง ในสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข เท่านั้น

 ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ผู้ได้รับอนุญาต และบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ดำเนินการ ประจำหน่วยงาน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ทุกคน (รวม ๑ ฉบับ)

๒. แบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วม MOH PROMPT Station สำหรับ หน่วยงานส่วนกลาง ภายใต้สังกัด กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ความยินยอมตกลงรักษาข้อมูลที่เป็นความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล พร้อมลงนามโดยผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงาน อย่างถูกต้อง (๑ ฉบับ)

๓. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ของบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็น ผู้ดำเนินการประจำหน่วยงาน ทุกคน (รวม ๑ ฉบับ)

ทั้งนี้ เอกสารหลักฐานทุกฉบับขอให้บันทึกเป็นไฟล์นามสกุล .pdf เท่านั้น เพื่อป้องกันการปลอมแปลงและแก้ไข

๑.๖. หลังลงทะเบียนสำเร็จ หน้าจอจะแสดง เลข Reference Code ให้จดหรือเก็บเลข Reference Code ไว้ เพื่อใช้สำหรับตรวจสอบสถานะการลงทะเบียน



- ๑.๗. Admin ตรวจสอบเอกสารและอนุมัติ
  - ต่างจังหวัด/ส่วนภูมิภาค ตรวจสอบเอกสารและอนุมัติ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
  - กรุงเทพมหานคร และหน่วยงานส่วนกลาง ตรวจสอบเอกสารและอนุมัติ โดยสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข
- ๑.๘. ตรวจสอบสถานะการลงทะเบียน ทางเว็บไซต์ https://mohpromtstation.moph.go.th/login
  - กด "ตรวจสอบสถานะ"
  - กรอก "เลขประจำตัวประชาชน" ที่ใช้ในการสมัคร และเลข "Ref Code" ที่ได้รับหลังการลงทะเบียน
  - กด "ค้นหา" หน้าจอจะแสดงสถานะการลงทะเบียน

<u>สถานะการลงทะเบียน</u>

- รอรับเรื่อง : Admin ยังไม่ดำเนินการตรวจสอบเอกสาร
   รอตรวจสอบ : Admin รับทราบการลงทะเบียนแล้ว อยู่ระหว่างตรวจสอบเอกสาร
- แนบเอกสารเพิ่ม : Admin ตรวจสอบเอกสารแล้ว เอกสารไม่ครบถ้วน
   ให้ อัปโหลด เอกสารเพิ่ม ตามที่ระบุไว้
- อนุมัติ : เอกสารครบถ้วน ถูกต้อง
- หากสถานะได้รับการอนุมัติ หน้าจอจะแสดง "ชื่อผู้ใช้งานและรหัสผ่าน" สำหรับเข้าใช้งาน รายบุคคล

<ul> <li>ขั้นดอนการลงทะเบียน ร้านขายยา/คลินิก</li> <li>กรอกรายละเอียดต่างๆ</li> <li>ส่งเอกสารประกอบการสมัครให้ครบถ้วน</li> <li>ดิดตามการตรวจสอบ และยืนยันการอนุมัติ ที่เมนู</li> </ul>	ทีมอ พร้อม Station รทัลผ่าน
ตรวจสอบสถานะการลงทะเบียน 2 เลขประจำดัวประชาชน Ref	Code 3
	ศัมหา

ตรวจสอบสถานะการลง - เลขประจำตัวประชาชน	ทะเบียน Ref Code	ศันหา
สถานะ		
	อนุมัติ	]
ข้อมูลบัญชีผู้ใช้งาน		
ชื่อ-นามสกุล	ชื่อผู้ใช้	รหัสผ่าน
นายเ		
		ปิด

๑.๙. นำ ชื่อผู้ใช้งานและรหัสผ่าน ที่ได้รับหลังการอนุมัติ เพื่อ Login เข้าใช้งานระบบหมอพร้อม Station ผ่านทางเว็บไซต์ https://mohpromtstation.moph.go.th/login

ดรวจสอบสถานะการลงทะ	ะเบียน			
เลขประจำด้วประชาชน	Ref Code	คับหา	ขั้นตอนการลงทะเบียน	● NU9
สถานะ			ร้านขายยา/คลินิก	(+) พร้อม
	อนุมัดิ		0 กรอกรายละเอียดต่างๆ	Station S
ข้อมูลบัญชีผู้ใช้งาน	1		(2) ส่งเอกสารประกอบการสมัครให้ครบถ้วน	
ชื่อ-นามสกุล	ชื่อผู้ใช้	2 รหัสผ่าน	3 ติดตามการตรวจสอบ และยืนยันการอนุมัติ ที่เมนู	นื่อผู้ใช้
มายเ			ตงทะเบียน ตรวจตอนสถานะ เข้าร่วมกลุ่ม open chat	รหัสผ่าน
1		บีด		เข้าสู่ระบบ
		- 765s -		

## ๒. ผู้ใช้งาน ตรวจสอบ/เพิ่ม/แก้ไข ข้อมูลผู้ใช้งานที่ "โปรไฟล์" และข้อมูลหน่วยงานที่ "ข้อมูลทั่วไป" เพื่อเป็นข้อมูลในการยื่นขอใช้ Digital Signature

๒.๑. กดที่ ชื่อผู้ใช้งาน มุมขวาบนของหน้าจอ

๒.๒. เลื่อนลงมาที่ ชื่อผู้ใช้งานและอีเมล และกดเลือก เพื่อแก้ไข "โปรไฟล์"

ให้ผู้ใช้งาน ตรวจสอบข้อมูลตนเอง โดย เพิ่ม/แก้ไข ข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วนทุกช่อง

(ยกเว้น ช่อง Service ID และ ช่อง Service Secret ให้เว้นว่างไว้) และกด บันทึก

	หมอพร้อม station	
266,823 ATK Positive result	817 ATK Other result	<ul> <li>๗ั @gmail.com</li> <li>๗ั ๗ั ๗ํ ๗ํ ๗ํ ๗ํ ๗ํ ๗ํ ๗ํ ๗ํ ๗ํ ๗ํ ๗ํ ๗ํ ๗ํ</li></ul>

หน้าจอจะแสดงหน้า แก้ไขโปรไฟล์ โดยแสดงข้อมูลของผู้ใช้งาน

ให้ผู้ใช้งานกรอกข้อมูลทุกช่องให้ครบถ้วน (ยกเว้น ช่อง Service ID , Service Secret) พร้อมอัปโหลดลายมือชื่อ

- คำนำหน้าชื่อ (ไทย)
- ชื่อ (ไทย)
- นามสกุล (ไทย)
- คำนำหน้าชื่อ (อังกฤษ)
- ชื่อ (อังกฤษ)
- นามสกุล (อังกฤษ)
- ว/ด/ป เกิด (พ.ศ.)
- เบอร์มือถือ
- Email
- เลขประจำตัวประชาชน
- เลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
- ตำแหน่ง
- Service ID : ให้เว้นว่างไว้ ห้ามระบุข้อมูล ตัวอักษร หรือสัญลักษณ์ใดๆ ที่ช่องนี้
- Service Secret : ให้เว้นว่างไว้ ห้ามระบุข้อมูล ตัวอักษร หรือสัญลักษณ์ใดๆ ที่ช่องนี้

จากนั้นกดเพิ่ม "ลายเซ็น" โดยสามารถอัปโหลดไฟล์ (ขนาดไฟล์ ๑๙๒x๙๑ pixel (PNG) พื้นหลัง โปร่งใส) หรือกดปุ่ม "Signature" เพื่อสร้างลายเซ็น

ขั้นตอนการเพิ่มลายเซ็นสามารถมาดำเนินการได้ภายหลังได้รับอนุมัติใช้ Digital Signature

แก้ไขโปรไฟล์		
รหัสพนักงาน	เพิ่ม/แก้ไข ข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วนทุกช่อง	ลายเซ็นด์
ค่านำหน้าชื่อ (ไทย)		
ชื่อ (ไทย)	100	
นามสกุล (ไทย)	.8-8.	
ศานาหน้าชื่อ (อังกฤษ)	100 C	
ชื่อ (อังกฤษ)		ขนาดไฟล์ 192x91 pixel (PNG) พื้นหลังโปร่งใส่ เลือกรป
นามสกุล (อังกฤษ)	10.000	Choose file Browse
ว/ค/ป เกิด (พ.ศ.)	10000000	หรือ ลงลายเข็นด์ Signature
เบอร์มือถือ	I SARE OF	
Email	100000 P0000 P000	
ร้านยา/คลินิก/รพ./อื่นๆ	In contrast, and the contrast	
Ref.Code	Representation of the second sec	
เลขประจำดัวประชาชน	Indiana (Indiana)	
เลขใบอนุญาดประกอบวิชาชีพ	•	
ตำแหน่ง	×	
Service ID	ให้เว้นว่างไว้ ห้ามระบุข้อมูล ตัวอักษร หรือสัญลักษณ์ใดๆ ที่ช่องนี้	
Service Secret	ให้เว้นว่างไว้ ห้ามระบุข้อมูล ตัวอักษร หรือสัญลักษณ์ใดๆ ที่ช่องนี้	
วันที่หมดอายุ (CA)		
		ปิด ปันทึก

กดเพิ่ม "ลายเซ็น" โดยสามารถอัปโหลดไฟล์ หรือกดปุ่ม "Signature" เพื่อสร้างลายเซ็น

แก้ไขโปรไฟล์				
รหัสพนักงาน	0.000		ลายเซ็นต์	
ดำปาหน้า				
ชื่อ				
นามสกุล				
สำนำหน้าชื่อ (อังกฤษ)				
4. 18			ขนาดใฟล์ 192x91 pixel (PNG) เอ็วอรป	พินหลังไปร่งไส
ชอ (ອັงกฤษ)			Choose file	Browse
ນານສາລ (ລັນການ)				หรือ
		Case: Do: mar		
L8				
ตำแหน่ง	<b>-</b>			
Service ID				
Service Secret				
วันที่หมดอายุ (CA)				บันทึก

## ๒.๓. กดที่ ชื่อผู้ใช้งาน มุมขวาบนของหน้าจอ

เลื่อนลงมาที่ "ข้อมูลทั่วไป" และกดเลือก เพื่อแก้ไขข้อมูลหน่วยงาน ให้ผู้ใช้งาน ตรวจสอบข้อมูลทั่วไปของหน่วยงาน โดย เพิ่ม/แก้ไข ข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วนทุกช่อง (ยกเว้น ช่อง Service ID, Service Secret ให้เว้นว่างไว้) และกด บันทึก



หน้าจอจะแสดงหน้า ข้อมูลทั่วไป โดยแสดงข้อมูลหน่วยงาน

ให้ผู้ใช้งานกรอกข้อมูลทุกช่องให้ครบถ้วน (ยกเว้น ช่อง Service ID , Service Secret)

พร้อมอัปโหลดรูปโลโก้ และตราประทับสถานพยาบาล

- ชื่อ : ชื่อหน่วยงาน ภาษาไทย
- ชื่อ (อังกฤษ) : ชื่อหน่วยงาน ภาษาอังกฤษ
- สาขา : หากไม่มีสาขาให้ระบุ "สำนักงานใหญ่"
- เลขที่สาขา : เลขที่สำนักงานใหญ่ ระบุ 00000
- Tax ID : จำนวน ๑๓ หลัก
- ที่อยู่

เลขที่, หมู่บ้าน/อาคาร, หมู่, ตรอก/ซอย, ถนน, จังหวัด, อำเภอ/เขต ,ตำบล/แขวง, รหัสไปรษณีย์

- ละติจูด, ลองติจูด
- เบอร์โทรศัพท์
- เบอร์มือถือ
- เวลา เปิด/ปิด
- Service ID : ให้เว้นว่างไว้ ห้ามระบุข้อมูล ตัวอักษร หรือสัญลักษณ์ใดๆ ที่ช่องนี้
- Service Secret : ให้เว้นว่างไว้ ห้ามระบุข้อมูล ตัวอักษร หรือสัญลักษณ์ใดๆ ที่ช่องนี้

จากนั้นให้เพิ่ม "รูปโลโก้" โดยกดปุ่ม "Browse" เพื่อเลือกรูปและอัปโหลดไฟล์ และเพิ่ม "ตราประทับสถานพยาบาล" โดยกดปุ่ม "Browse" เพื่ออัปโหลดไฟล์ (ขนาดไฟล์ ๑๙๒x๙๑ pixel (PNG) พื้นหลังโปร่งใส)

ขั้นตอนการเพิ่มรูปโลโก้ และตราประทับสถานพยาบาล สามารถมาดำเนินการได้ภายหลังได้รับอนุมัติ ใช้ Digital Signature

ข้อมูลทั่วไป	เพิ่ม/แก้ไข ข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วนทุกช่อง	ปิด ปันทึก
รหัสข้อมูล	ประเภทการลหะเบียน Ref.Code	
ชื่อ	VM. 85.055	รูปโลโก้
ชื่อ (อังกฤษ)	1985 A. (1984), AN	
สาขา	เลยที่สายา (5 พลัก.0000x) เทรโปอัการาไฟยะ ปาร์การใหญ่ ขะมู 60000	ເພື່ອ ເອນີລົໄດ້
Tax ID	(13 หลัก) าหัสสถานพยาบาล (5 หลัก)	សាអា ទីបរពរា
ที่อยู่ เลขที	800	
หมู่บ้าน/อาคาร	211/1000000	
หมู่	1018 C	
ตรอก/ช่อย	899 B.	เลือกรูป Choose file
จังหวัด	staniauria versiauria v	
รหัสไปรษณีย์		ตราประทับ สถานพยาบาล
ລະທີ່ຈຸດ	ne tel e	เพิ่มตราประทับ
เบอร์โทรศัพท์	deserver.	สถานพยาบาล
ເນວຣ໌ນິວຄືວ	11000	
เวลา เปิด/ปิด		ขมาดไฟด์ 192x91 pixel (PNG) พันหลังไปรงไสเลือกรูป Choose file Browse
Service ID	ให้เว้นว่างไว้ ห้ามระบุข้อมูล ตัวอักษร หรือสัญลักษณ์ใดๆ ที่ช่องนี้	
Service Secret	ให้เว้นว่างไว้ ห้ามระบุข้อมูล ตัวอักษร หรือสัญลักษณ์ใดๆ ที่ช่องนี้	
วันที่หมดอายุ (CA)		
ผู้แก้ไข	and the second sec	
วัน/เวลาที่แก้ไขล่าสุด	constituents	

หมายเหตุ : หลังจากที่มีผู้ใช้งานใน Ref Code. เดียวกัน ได้รับอนุมัติใช้งาน Digital Signature แล้ว ตรงช่อง Service ID และ Service Secret จะมีข้อมูลในช่องนี้ปรากฏมา <mark>ห้ามลบหรือแก้ไขข้อมูลที่แสดงตรงช่อง Service ID และ Service Secret</mark>

## ๓. ยื่นสมัครขอใช้ Digital Signature

๓.๑. เข้าเมนู "Digital Signature"

๓.๒. เลือก "ใบสมัคร Digital Signature"

หน้าจอจะแสดงข้อมูล สำหรับยื่นสมัครขอใช้ Digital Signature

เมือง เหนือ เหนือ เหนือ เหนือ เป็นหลู่รับบริการ บันทึก	ผลการตรวจหาเชื้อโควิด 19 แพ้ยา แจ้งเดือน/ประชาสัมพันธ์	ปรับรองแพทย์ดิจิทัด Digital Signature
		ใบสมัคร Digital Signature
332,276 ATK Positive result	881 ATK Other result	2,549,358 ATK Negative result

Ref.Code	10.181					
ชื่อ	ton - to the more state to a second					
ชื่อ (ວັงกฤษ)	100.000					
สาขา	100.100		เลขที่สาขา	1000		
Tax ID	1000-0001		รหัสสถานพยาบาล			
ที่อยู่ เลชท์	1000					
จังหวัด	N.B.	อำเภอ/	100		ส่านล/แขวง	1000
รหัสไปรษณีย์						
รหัสใปรษณีย์ ใ <b>ทชิ้ลงนาม</b> ผู้มีสิทธิ์ลงนาม	เลือกชื่อผู้มีสิทธิ์ลง	งนามเพื่อผู้ยื่ <sup>เ</sup> ~	นขอใช้ Digi ศาแหน่ง	tal Signatu	re <b>และตรว</b> ร	จสอบข้อ
รหัสไปรษณีย์ เ <mark>ทธิ์ลงนาม</mark> ผู้มีสิทธิ์ลงนาม สำนำหน้า	เลือกชื่อผู้มีสิทธิ์ลง	งนามเพื่อผู้ยี่ ~	<b>นขอใช้ Digi</b> สาแหน่ง เน่าหน้าชื่อ (อังกถษ)	tal Signatu	re และตรวร	จสอบข้อ
รหัสไปรษณีย์ ไท <mark>ย้องนาม</mark> ผู้มีสิทธิ์องนาม ฝ่าป่าหน้า บื้อ	เลือกชื่อผู้มีสิทธิ์ลง	งนามเพื่อผู้ยื่	<b>นขอใช้ Digi</b> สาแหน่ง เน่าหน้าชื่อ (อังกถษ) ชื่อ (อังกถษ)	tal Signatur	re และตรวร	จสอบข้อ
รหัสไปรษณีย์ ให <b>ชิ์องนาม</b> ผู้มีสิทธิ์องนาม สำนำหน่า นิ้อ นามสกุล	เลือกชื่อผู้มีสิทธิ์ลง	งนามเพื่อผู้ยี่	<b>นขอใช้ Digi</b> ໔າແหน่ง ເນົາหน้าชื่อ (ວັงกຄษ) ชื่อ (ວັงกຄษ) นามสกุล (ວັงกຄษ)	tal Signatur	re และตรวร	จสอบข้อ
รทัสไปรษณีย์ <mark>รัทซิ์ลงนาม</mark> ผู้มีสิทธิ์ลงนาม สำนาหน้า ขือ นามสกุล ว/ค/ป เกิด	เลือกชื่อผู้มีสิทธิ์ลง	<b>งนามเพื่อผู้ยี่</b>	<b>นขอใช้ Digi</b> สาแหน่ง เน่าหน้าขือ (อังกถษ) ชื่อ (อังกถษ) นามสกุล (อังกถษ) ขประจำศัวประชาชน	tal Signatur	re และตรวร	จสอบข้อ

หน้าจอจะแสดงข้อมูล สำหรับยื่นสมัครขอใช้ Digital Signature ๒ ส่วน ประกอบด้วย

- ใบสมัครขอใช้ Digital Signature โดยหน้าจอจะแสดงข้อมูลของหน่วยงาน ดังนี้
  - Ref. Code
  - ชื่อ
  - ชื่อ (อังกฤษ)
  - สาขา
  - เลขที่สาขา
  - Tax ID
  - รหัสสถานพยาบาล
  - ที่อยู่ เลขที่
  - จังหวัด
  - อำเภอ/เขต
  - ตำบล/แขวง
  - รหัสไปรษณีย์

ให้ตรวจสอบข้อมูลหน่วยงาน หากข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือไม่ถูกต้อง ให้ผู้ใช้งาน ไปเพิ่ม/แก้ไข ข้อมูล ตามข้อ ๒.

- ข้อมูลผู้มีสิทธิ์ลงนาม : ให้เลือกชื่อ "ผู้มีสิทธิ์ลงนาม" ที่อยู่ใน Ref Code. นั้น ๑ คน เพื่อยื่นขอใช้ Digital Signature ลำดับที่ ๑ (โดยผู้ที่ยื่นขอใช้ Digital Signature ต้องอยู่ในหลักเกณฑ์/เงื่อนไขตามที่กำหนด) หน้าจอจะแสดงข้อมูลของผู้ใช้งานที่เป็นผู้ยื่นขอใช้ Digital Signature ดังนี้
  - ผู้มีสิทธิ์ลงนาม
  - ตำแหน่ง
  - คำนำหน้า
  - คำนำหน้าชื่อ (อังกฤษ)
  - ชื่อ
  - ชื่อ (อังกฤษ)
  - นามสกุล
  - นามสกุล (อังกฤษ)
  - ว/ด/ป เกิด
  - เลขประจำตัวประชาชน
  - เบอร์โทรศัพท์
  - อีเมล

ให้ตรวจสอบข้อมูลผู้ยื่นขอใช้ Digital Signature

หากข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือไม่ถูกต้อง ให้ผู้ใช้งาน ไปเพิ่ม/แก้ไข ข้อมูล ตามข้อ ๒.

๓.๓. ตรวจสอบข้อมูล และกดบันทึก หน้าจอจะแสดงสถานะการสมัครขอใช้ Digital Signature โดยจะแสดงชื่อผู้มีสิทธิ์ลงนาม และสถานะ "ส่งขอ CA"

ใบสมัครขอใช้ Dig	jital Sig	nature	
ເລສາ	ที่คำขอ		
วันเวลาท์	ที่สมัคร		
ชื่อ (หน่ว	เยงาน)		
ชื่อ (อั	จักฤษ)		
	สาขา	สำนักงานใหญ่ เลขที่สาขา 00000	
T	Tax ID		
ผู้มีสิทธิ์	ลงนาม		
	สถานะ	ส่งขอ CA	
หม	ายเหตุ		
ขอเพิ่มผู้มีสิทธิ์ลงเ	นาม		เพิ่ม
ลำดับ ชื่อ-นามส	สกุล	วัน-เวลาที่ขอ สถานะ ทมายเหตุ	เลขที่คำขอ (บุคคล)
		a	

## ๓.๔. รอ admin ตรวจสอบและอนุมัติ

ตรวจสอบสถานะการสมัครขอใช้ Digital Signature ที่เมนู Digital Signature / ใบสมัคร Digital Signature หน้าจอจะแสดงสถานะการสมัครขอใช้ Digital Signature โดยจะแสดงชื่อผู้มีสิทธิ์ลงนาม และสถานะ "อนุมัติ"

ใบสมัครขอใช้ Digital Si	gnature			
เลขที่คำขอ				
วันเวลาที่สมัคร				
ชื่อ (หน่วยงาน)				
ชื่อ (อังกฤษ)	5			
สาขา	สำนักงานใหญ่	เลขที่สาขา	00000	
Tax ID				
ผู้มีสิทธิ์ลงนาม				
สถานะ	อนุมัติ			
หมายเหตุ				
ขอเพิ่มผู้มีสิทธิ์ลงนาม				เพื่อ
ลำดับ ชื่อ-นามสกุล	วัน-เวลาที่ขะ	อ สถานะ	หมายเหตุ	เลขที่คำขอ (บุคคล)

๓.๕. หลังจากผู้ยื่นขอใช้ Digital Signature ได้รับการอนุมัติ

ให้ผู้ใช้งานเข้าตรวจสอบ ที่ข้อมูล "โปรไฟล์" และ "ข้อมูลทั่วไป" ระบบจะแสดงข้อมูล Service ID, Service Secret และ วันที่หมดอายุ CA โดย Service ID, Service Secret ที่แสดงหน้าข้อมูล "โปรไฟล์" จะเป็นของผู้ที่ยื่นขอใช้ Digital Signature ส่วน Service ID, Service Secret ที่แสดงหน้า "ข้อมูลทั่วไป" จะเป็นของหน่วยงาน ผู้ใช้งานใน Ref Code. เดียวกันจะแสดง Service ID, Service Secret ที่แสดงหน้า "ข้อมูลทั่วไป" เหมือนกัน

## เมื่อข้อมูล Service ID และ Service Secret แสดงแล้ว ห้ามลบหรือแก้ไขข้อมูลที่แสดงตรงช่อง Service ID และ Service Secret

แก้ไขโปรไฟล์			
รภัส	พนักงาน	CORRECT CORRECT OF CORRECT.	ลายเซ็นด์
R	ำนำหน้า		
	ชื่อ		
	1010508		
สองโองหรือ ถือ	(#100000)		
คานาหนายอ (	(əənin <del>iii</del> )		ขนาดไฟล์ 192x91 pixel (PNG) พื้นหลังโปร่งใส่ เรื่องระโ
ซอ (	(อังกฤษ)	100.000	Choose file Browse
ามามสกุล (	(อังกฤษ)		หรือ ลงลายเข็นด์ Signature
اد	/ค/ป เกิด		
เบอร์ไ	โทรศัพท์	(0.7)	
	Email	Contraction of the second s	
ร้านยา/คลินิก/	/รพ./อื่นๆ	I AND BUILDING	
R	ef.Code	and all a second s	
เลขประจำด้วป	ประชาชน	Second of the	
เลขใบอนุญาตประกอ	บวิชาชีพ	10.10	
	ตำแหน่ง	×	
Se	ervice ID	Provide and the second s	v
Service	e Secret		เสดงขอมูล Sonvice ID, Sonvice Secret
			Service D, Service Secret
วันที่หมดอ	ng (CA)		เละ วันที่หมดอาย CA
วับที่หมดอ	nų (CA)		เละ วันที่หมดอายุ CA
วันที่หมดอ ข้อมูลทั่วใป	ntį (CA)		เละ วันที่หมดอายุ CA
วินที่หมดอ ข้อมูลทั่วไป รสะช่อมูล	าม (CA)	Jeursmanedes Ref Code	และ วันที่หมดอายุ CA
วันที่หมดอ ข่อมูลทั่วไป รายช่อมูล ย่อ	intį (CA)	steuron representer Ref Code	และ วันที่หมดอายุ CA
วิบกัรเนตอ ข่อมูลทั่วไป จำสร้อมูล ร้อ ร้อ (Sanow)		Jeunnative Ref Code	<b>เละ วันที่หมดอายุ CA</b> <sup>®</sup> ขะด
วินที่หมดอ ข่อมูลทั่วไป กระก่อมูล ซื่อ (Sonce) ภาษา ภาษา	(CA)	Neuronoverseccies Ref Code	<b>เละ วันที่หมดอายุ CA</b> มาระกัก ม
รับกำรมดอ ข่อมูลทั่วไป จำสารังมุด จ้อ จ้อ (มีคณะ) สารา Tax (D	(CA)	uteursmeanestiles         Ref Code           uteursmeanestiles         Ref Code           ng         usofinnan           equidationalized endormalized	<b>เละ วันที่หมดอายุ CA</b> มาสถ มาสถ 20
รับกำังแคล ข่อมูลทั่วไป ระสะรับ ชื่อ ชื่อ (Sanou) สาขา Tax ID ห้อยุ เลยที	Inti (CA)	ประเทศการสะหะเนื่อง หญ่ และที่สารา 00000 (5 หลัด 0000 สะสร้างสารสะ (13 หลัก) อารีสสะการสะหาร (5 หลัด)	<b>เละ วันที่หมดอายุ CA</b> <sup>(20)</sup> <sup>(20)</sup> <sup>(20)</sup>
รับเท็รแลอ ข่อมูลทั่วไป ถายร่อมูล ชื่อ ชื่อ (ฮังคณะ) สายา โละ ID ที่เอยู และที หนุยัวนไอาการ	(CA)	Ideutorresorcillos Ref Code Ideutorresorcillos Ref Code Ing Ing Ing Ing Ing Ing Ing Ing	<b>เละ วันที่หมดอายุ CA</b> <sup>(2)</sup> <sup>1)</sup> <sup>1)</sup> <sup>1)</sup> <sup>1)</sup> <sup>1)</sup> <sup>1)</sup>
รับเท็กบลอ ข่อมูลทั่วไป จำสาจัจมุด จ๊อ (อังกระ) สารา โละ ID ที่อยุ เอะที หมุปว่านโองกร หมุ	inti (CA)	Net Code Statumen resections Ref Code Mainten 20003 (8 vide 0000 statefor ruling res 2000 (13 vide) ettaterinoaruna (8 vide)	<b>เละ วันที่หมดอายุ CA</b> มาโลโก้ มาโลโก้
ອັນຄຳຄານຄລ ຮ່ວມຄາ້ວໃນ ຕຳຄານລຸດ ອິລ ອິລ (Sincar) ລານາ Tax ID ທີ່ລະ ເວລາ ການ ນານຸມ່ານພາການ ນານຸ		uteunnensenedies     Ref Code       ng     ussfirm       ng     ussfirm       (13 uds)     ettaerneuruna	<b>เละ วันที่หมดอายุ CA</b> ๑
รับกำังแลง ข่อมูลทั่วไป รักล์สะต่อมูล ซึ่ง ซึ่ง (Since) สาขา Tax ID ที่อยู่เวลา์ หมุย่านในการ หมุย่านในการ หมุย หมุยว่านในการ เรลา 120 เรื		Ideutrinintaireadau         Ref.Code           Interimentaireadau         Interimentaireadau           Reg         Lassifirm           Interimentaireadau         (5 valo.0000)           (13 valo)         entermouruma           Interimentairea         (5 valo.000)           Interimentairea         (5 valo.000)           Interimentairea         (5 valo.000)           Interimentairea         Interimentairea           Interimentairea         Interimentairea	<b>เละ วันที่หมดอายุ CA</b> จะ จะสะ จะ จะสะ จะ จะสะ เมืองรูป Choose file Browse
รับเท็รแลง ช่อมูกทั่วไป ระกิสาโมล ซื้อ (อังกอย) สายา Tax ID หัดอุ เลษท์ หนุย่านใจการะ หนุ องสะกัชอง ระกะรัด ระกะรัด	(CA)	Net Code	เละ วันที่หมดอายุ CA           อามโกโก้           มาโกโก้           alangu           Discos file           Brouse           คราประวับ สถานหยามาล
รับเท็รและอ ข่อมูลทำไป รายสามนุด ร้อ ร้อ (อังคณ) สามา การก ร้อ (อังคณ) สามา การก ร้อง เขารา การก ร้อ เขารา เขารา การก ร้อ เขารา การก ร้อ เขารา เขารา เขารา เขารา เขารา การก ร้อ เขารา การก ร้อ เขารา เขา เขารา เขารา เขารา เขารา เขารา เขารา เขารา เขารา เขารา เขารา เขารา เขา เขารา เขารา เขารา เขารา เขารา เขารา เขารา เขารา เขารา เขารา เขารา เขา เขารา เขา เขารา เขา เขารา เขา เขารา เขารา เขา เขา เขารา เขา เขา เขารา เขารา เขา เขา เขารา เขา เขารา เขารา เขา เขา เขารา เขา เขารา เขารา เขา เขา เขารา เขา เขา เขา เขา เขา เขา เขารา เขา เขา เขา เขา เขา เขา เขา เขา เขา เข	And and a second s	satisfar (13 min) (13	เละ วันที่หมดอายุ CA           มาโลโก้           มาโลโก้           b0           เสือรรม           เสือรรม           เป็นกรม           เป็นกรม           เลือรรม           เสือรรม           เลือรรม           เลือรรม           เลือรรม           เลือรรม
รับเท็รบอล ช่อมูลทั่วไป ระสะจัจมุล ซึ่ง (มี-คุณ) สามา สามา การะ 10 ที่อยุ เลขที พัฒุ เลขที พัฒุ เลขที พัฒุ เลขที หนุยัวน่องการ หนุ อายาสมบรรม เมตร์โทษคือ เมตร์โทษศิษท์		sisuran reaction Ref Code sisuran reaction Ref Code reg (13 vda) enternang va coce (13 vda) enternang va coce (13 vda) enternang va coce (13 vda) enternang va coce (13 vda) (13	<b>เละ วันที่หมดอายุ CA</b> ๑ ฃ๙
รับเท็รแลง ช่อมูกทั่วไป ระกระบุ่ม ชื่อ (Sance) สายา สายา โละ (D ที่อยู่ (Sance) หนุ่ม้านในการ หน้านในการ หนุ่ม้านไปไปไปไปไปไปไปไปไปไปไปไปไปไปไปไปไปไปไป		Ref Code	เละ วันที่หมดอายุ CA           ๑ เมโลโด้           มูปโลโด้           เมืองหุม           เมืองหุม           Cocces file           Brosse           เลาประวัน สถานทยามาล
ຊັນເກົາເນລຍ ອ່ອມູກຈຳໄປ ເກັດສາມິນູລ ອິລ ອິລ ອິລ ອິລ ອິລ ເປັນ ເຊິ່ງ ເປັນ ເປັນ ເປັນ ເປັນ ເປັນ ເປັນ ເປັນ ເປັນ			และ วันที่หมดอายุ CA           อามโกโก้           อบ           อบ           อบโกโก้           อบ           อบ           อบ           อบโกโก้           อบ           อบโกโก้           อบ           อบโกโก้           อบ
รับเท็รและอ ย่อมูกทั่วไป ราสาร์องูล ซื่อ (ธังกดะ) สารา สารา กัลยุ เองก์ กัลยุ เองก์ กัลยุ เองก์ กัลยุ เองก์ กระหรัด ราสา กระหรัด ราสา กระหรัด เองก์ได้เริ่อ เองก์ได้เริ่อ เองก์ได้เริ่อ เองก์ได้เริ่อ เองก์ได้เริ่อ เองก์ได้เริ่อ เองก์ได้เริ่อ เองก์ได้เริ่อ เองก์ได้เริ่อ เองก์ได้เริ่อ เองก์ได้เริ่อ เองก์ได้เริ่อ เองก์ได้เริ่อ เองก์ได้เริ่อ เองก์ได้เริ่อ เองก์ได้เริ่อ เองก์ได้เริ่อ เองก์ได้เริ่อ เริ่องก์ได้เริ่อ เองก์ได้เริ่อ เองก์ได้เริ่อ เองก์ได้เริ่อ เองก์ได้เริ่อ เองก์ได้เริ่อ เองก์ได้เริ่อ เรื่องก์เองก์ได้เริ่อ เองก์ได้เริ่อ เรื่องกัด เรื่องกัด เรื่องกัด เรื่อ เรื่องกัด เรื่อ เรี เรื่อ เรี เรี เรี เรื่อ เรี เรา เรื่อ เรี เริ่อ เรี เรี เริ่อ เรี เร็ เรี เริ่อ เรี เริ่อ เรี เรี เรี เรี เรา เรี เรี เรี เรี เริ่อ เริ่ เรี เร้ เริ่ เรี เรี เริ่อ เรี เรี เรี เริ้ เรี เรี เรี เริ้ เริ้ เรี เริ้ เร้ เริ้ เรี เริ้ เริ้ เริ้ เริ้ เรี เรา เริ้ เริ้ เรี เริ้ เริ้ เริ้ เรา เรา เรี เรา เรา เริ้ เรี เรา เริ้ เริ เรา เรี เรา		Jecusoresercelles     Ref Code       neg     usafinen       (13 tele)     effesenseura       étunites     étunites	<b>เละ วันที่หมดอายุ CA</b> มาโลโก้ มาโลโก้ เลืองนี้
ອັນທຳຄາມຄລ ຮ່ອມູດກ່າ້າໄປ ເກັດສາລະມຸດ ເລັດ ເລັດ (Sinos) ທານ ເລັດ (Sinos) ທານ ເລັດ (Sinos) ເລັດ (Sinos) ເລັດ (Sinos) ເວລາ (Sinos) (Cin) ເວລາ (Sinos) ເວລາ (Sinos) (Cin)		sizuranovrazezdas     Ref Code       mg     usofinom     00003     (8 valo 000)       mg     usofinom     00003     (8 valo 000)       sizuranovrazezdas     etasernouruna     (8 valo 000)       usofinom     00003     (8 valo 000)       sizuranovrazezdas     etasernouruna     (9 valo 000)       usofinom     usofinom     00003       usofinom     etasernouruna     (9 valo 000)       usofinom     etasernouruna     (10 valo 000)       usofinom     etasernouruna     <	<b>เละ วันที่หมดอายุ CA</b> มาโลโก้ มาโลโก้ Choose file มาเหลา 102.05 pixel (PRO) ทั้งหลังประโมโลกุม เราประวัน สถานทยามาล <b>แสดงข้อมูล</b> Service ID, Service Secret และ วันที่หมดอายุ CA
ສມສາກັນໄຟ ສ່ວນທີ່ການເປັນ ເທື່ອນ ເຈົ້າ ເຈີ ເຈົ້າ ເຈີ ເຈົ້າ ເຈົ້າ ເຈົ້າ ເຈົ້າ ເຈົ້າ ເຈົ້າ ເ		sizuran resection     Ref Code       reg     ussiftern       (13 vds)     effeetruserune       d'ussiss     d'ussiss       d'ussiss     d'ussiss	เละ วันที่หมดอายุ CA           อาป           มปัตรโป           เสือกรุป           Choose file           Browse           อาปประวัน สถานทยามาล           เสือกรูป           Choose file           อาปประวัน สถานทยามาล           เสือกรูป           Choose file           อาปประวันที่หมดอายุ CA

 ๙. ร้านยา/คลินิก/หน่วยบริการ ที่มีผู้ใช้งานใน Ref. Code มากกว่า ๑ คน และประสงค์ สมัครขอใช้ Digital Signature หลังจากผู้ใช้งานคนที่ ๑ ได้รับการอนุมัติใช้ Digital Signature แล้ว ให้ผู้ใช้งานที่ ๒, ๓, ๙, ... กดขอเพิ่มผู้มีสิทธิ์ลงนาม

<...๑. กดขอเพิ่มผู้มีสิทธิ์ลงนาม ที่เมนู Digital Signature <...๒. เลือก ใบสมัคร Digital Signature

Home ทะเบียนผู่รับบริการ บันทึกผลการตรวร	หาเชื้อโควิด 19 แพ้ยา แจ้งเดือน/ประชาสัมพันธ์ ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล	Digital Signature
		ใบสมัคร Digital Signature
332,276 ATK Positive result	881 ATK Other result	<b>2,549,358</b> ATK Negative result

๔.๓. หน้าจอจะแสดงใบสมัครขอใช้ Digital Signature ของผู้ยื่นสมัครใช้ Digital Signature คนที่ ๑ ที่ได้รับอนุมัติแล้ว ซึ่งไม่สามารถแก้ไขข้อมูลได้

และหน้าจอขอเพิ่มผู้มีสิทธิ์ลงนาม คนที่ ๒, ๓, ๔, ... โดย กดปุ่ม"เพิ่ม" ปุ่มสีฟ้า

(ผู้ใช้งานที่ขอเพิ่มผู้มีสิทธิ์ลงนาม ขอใช้ Digital Signature ต้องอยู่ในหลักเกณฑ์/เงื่อนไขตามที่กำหนด)

เลขที่คำขอ		
วันเวลาที่สมัคร		
ชื่อ (หน่วยงาน)		
ชื่อ (อังกฤษ)		ข้อมูลผู้ยื่นสมัครใช้ Digital Signatur ของคนที่ 1 ที่ได้รับอนมัติแล้ว
สาขา	สำนักงานใหญ่ เลขที่สาขา 00000	ไม่สามารถแก้ไขข้อมูลได้
Tax ID		
ผู้มีสิทธิ์ลงนาม		
สถานะ	อนุมัติ	
หมายเหตุ		

๔.๔. เลือกชื่อผู้มีสิทธิ์ลงนาม คนที่ ๒, ๓, ๔, ...

ผู้มีสิทธิ์ลงนาม	กรุณาเลือก 🗸	<b>4</b> ตำแหน่ง	
ศานาหน้า		คำนำหน้าชื่อ (อังกฤษ)	
ขื่อ		ชื่อ (อังกฤษ)	
นามสกุล		นามสกุล (อังกฤษ)	
ว/ด/ป เกิด		เลขประจำดัวประชาชน	
เบอร์โทรศัพท์		อีเมล์	
			ปิด ปัน

๔.๕. หน้าจอจะแสดงข้อมูล ของผู้มีสิทธิ์ลงนาม คนที่ ๒, ๓, ๔, ... สำหรับยื่นสมัครขอใช้ Digital Signature ให้ตรวจสอบข้อมูล และกดปุ่ม "บันทึก"

ผู้มีสิทธิ์ลงนาม	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	ตำแหน่ง		
ค่านำหน้า		คำน่าหน้าชื่อ (อังกฤษ)	£.	
ชื่อ	Tests .	ชื่อ (อังกฤษ)	8-0-	
นามสกุล	106	นามสกุล (อังกฤษ)	BOORDON .	
ว/ด/ป เกิด	10.000	เลขประจำตัวประชาชน	proprieto.	
เบอร์โทรศัพท์	9000000	อีเมล์		
				ปิด บันทึก

๔.๖. หน้าจอจะแสดงสถานะการสมัครขอใช้ Digital Signature ของผู้มีสิทธิ์ลงนาม คนที่ ๒ โดยจะแสดงชื่อผู้มีสิทธิ์ลงนาม และสถานะ "รอพิจารณา"

ขอเพิ่มผู้มีสิทธิ์ลงนาม							
ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	วัน-เวลาที่ขอ	สถานะ	หมายเหตุ	เลขที่คำขอ (บุคคล)		
1	10010-00-0		รอพิจารณา		1000		

๔.๗. รอ admin ตรวจสอบและอนุมัติ

ตรวจสอบสถานะการสมัครขอใช้ Digital Signature ที่เมนู Digital Signature / ใบสมัคร Digital Signature หน้าจอจะแสดงสถานะการสมัครขอใช้ Digital Signature คนที่ ๒, ๓, ๔,... โดยจะแสดงชื่อผู้มีสิทธิ์ลงนาม และสถานะ "อนุมัติ"

ขอเพิ่มผู้มีสิทธิ์ลงนาม							
ลำด่	ับ ชื่อ-นามสกุด	วัน-เวลาที่ขอ	สถานะ	หมายเหตุ	เลขที่ดำขอ (บุคคล)		
1			อนุมัติ		1000		

๔.๘. หลังได้รับการอนุมัติ ให้ผู้ยื่นสมัครขอใช้ Digital Signature คนที่ ๒, ๓, ๔,... เข้าตรวจสอบที่หน้าข้อมูล "โปรไฟล์" ระบบจะแสดงข้อมูล Service ID, Service Secret และ วันที่หมดอายุ CA

แก้ไขโปรไฟล์			
รหัสพนักงาน	0.000	ลายเช็นด์	
ศาปาหบ้า			
ชื่อ			
นามสกุล			
ศาปาหน้าชื่อ (อังกฤษ)			
ชื่อ (อังกฤษ)	107ml	ขนาดไพล 192x91 pixei (MNG) พน เลือกรูป	หลังไปรังเส
นามสกุล (ວັงกฤษ)		Choose file	Browse
ว/ค/ป เกิด		หรือ ลงลายเข็นต์ Signature	
เนอร์วินครสันกร์			
Eman	and the second s		
ร้านยา/คลินิก/รพ./อื่นๆ			
Ref.Code	and the second sec		
เลขประจำดัวประชาชน			
เลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ			
ตำแหน่ง			
Service ID		แสดงข้องเล	
Service Secret		Service ID. Service	Secret
วันที่หมดอายุ (CA)		และ วันที่หมดอายุ C/	4

#### หมายเหตุ

- O การเพิ่มชื่อผู้มีสิทธิ์ลงนาม คนที่ ๒, ๓, ๔,... เพื่อสมัครขอใช้ Digital Signature สามารถเพิ่มได้หลังจาก ผู้ใช้งานคนที่ ๑ ได้รับการอนุมัติใช้ Digital Signature
- O เมื่อกดเพิ่มชื่อผู้มีสิทธิ์ลงนาม คนที่ ๒ แล้ว สามารถกดชื่อผู้มีสิทธิ์ลงนาม คนที่ ๓, ๔ ,... ได้ โดยไม่ต้องรอ ให้ผู้มีสิทธิ์ลงนาม คนก่อนหน้าได้รับอนุมัติ

## > ขั้นตอนการออกใบรับรองที่มี Digital Signature

## ๑. ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล

๑.๑. เข้าเมนู "ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล"

๑.๒. เลือก "บันทึกข้อมูลใบรับรองแพทย์ดิจิทัล"

Home ทะเบียนผู้วับบริการ บันทึกผลการตรวจหาเร่	รื่อโควิต 19 แพ้ยา แจ้งเดือน/ประชาสัมพันธ์	ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล
305,361 ATK Positive result	861 ATK Other result	ลงลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ ATK Negative result

๑.๓. หน้าจอแสดงหน้า บันทึกใบรับรองแพทย์ กดปุ่ม "เพิ่ม"

บันทึกใบรับ	เรองแพทย์						3 🔿 เพิ่ม
วันที่ตรวจ		ถึง		เลขประจำตัวประชาชน	ค้นหา		
ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	วัน/เวลาที่ดรวจ	ประเภทใบรับรอง	เลขที่ใบรับรอง	(Digital Signature)	วัน/เวลาที่ส่ง	แก้ไข/ลบ/พิมพ์
				ไม่พบข้อมูล			
แสดงข้อมุ	มูล 50 🗸 ต่อหา	Ĭn					กลับ ถัดไป

๑.๔. ใส่เลขประจำตัวประชาชนผู้รับการตรวจ และกดปุ่ม "ค้นหา"

บันทึกใบรับรองแพทย์			
เลขประจำตัวประชาชน	– เลขประจำตัวประชาชนผู้รับการตรวจ	ศัมหา	
			ปิด

- ๑.๕. หน้าจอแสดงหน้าสำหรับบันทึกข้อมูลใบรับรองแพทย์
  - ให้ตรวจสอบข้อมูลผู้รับบริการ และบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วน
  - ๑.๕.๑. หน้าจอแสดงข้อมูลผู้รับบริการ ให้ตรวจสอบข้อมูลผู้รับบริการ ดังนี้
    - เลขประจำตัวประชาชน
    - ชื่อ-นามสกุล
    - เพศ
    - ว/ด/ป เกิด
    - อายุ

บันทึกใบรับรองแพทย์									
เลขประจำตัวประชาชน	- เลขประจำดัวประชาข	ชนผู้รับการตรวจ -			ค้นหา				
บันทึกใบรับรองแพทย์	ใบรับรองสุขภาพ			~	🔘 ไทย 🔘 อัง	រកពុម			
ข้อมูลที่อยู่ (ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้)									
เลขประจำตัวประชาชน		ชื่อ-นามสกุล :				เพศ	ว/ด/ป เกิด :	อายุ :	
ที่อยู่ เลขที่			หมู่บ้าน/ อาคาร			หมู่	แก้ไข		
ตรอก/ชอย				ถนน					
จังหวัด	กรุณาเลือก	$\sim$		อำเภอ/เขต	กรุณาเลือก	$\sim$	ตำบล/แขว	ง	$\sim$
รหัสไปรษณีย์									

## ๑.๕.๒. เลือกประเภท "ใบรับรองแพทย์"

- ๑. ใบรับรองแพทย์ทั่วไป
  - ใบรับรองแพทย์สำหรับตรวจสุขภาพทั่วไป
  - ใบรับรองแพทย์สำหรับทำใบขั้บขึ่
  - ใบรับรองแพทย์สำหรับตรวจสุขภาพทั่วไปต่างด้าว
  - ใบความเห็นแพทย์
  - ใบรับรองแพทย์สำหรับทำประกันสุขภาพ
- ๒. ใบรับรองแพทย์โรคโควิด19

บันทึกใบรับรองแพทย์										
เลขประจำตัวประชาชน	- เลขประจำดัวประชา	ชนผู้รับการตรวจ -			ค้นหา					
บันทึกใบรับรองแพทย์	ใบรับรองสุขภาพ			$\sim$	🖲 ไทย 🔘 อัง	កពុម				
ข้อมูลที่อยู่ (ปัจจุบันที่สามารถดิดต่อได้)										
เลขประจำดัวประชาชน		ชื่อ-นามสกุล∶				IMM : MINI	ว/ด/ป เกิด :		อายุ :	
ที่อยู่ เลขที่			หมู่บ้าน/ อาคาร			หมู่		แก้ไข		
ตรอก/ชอย				ถนน						
จังหวัด	กรุณาเลือก	$\sim$		อำเภอ/เขต	กรุณาเลือก	$\sim$		ตำบล/แขวง	กรุณาเลือก	$\sim$
รหัสไปรษณีย์										

## ๑.๕.๓. เลือกภาษาสำหรับออกใบรับรองแพทย์ (ภาษาไทย / ภาษาอังกฤษ)

บันทึกใบรับรองแพทย์										
เฉขประจำตัวประชาชน	- เลขประจำตัวประชา	ชนผู้รับการตร	39		ค้นหา					
บันทึกใบรับรองแพทย์	ใบรับรองสุขภาพ			~	๏ ไทย ○ อัง	រកពុម				
ข้อมูลที่อยู่ (ปัจจุบันที่สามา	<u>ข้อมูลที่อยู่ (ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้)</u>									
เลขประจำดัวประชาชน		ชื่อ-นามสกุ	<sub>เ</sub> ล :			เพศ	ว/ด/ป เกิด :		อายุ :	
ที่อยู่ เลขที่			หมู่บ้าน/ อาคาร			หมู่		แก้ไข		
ตรอก/ชอย				ถนน						
จังหวัด	กรุณาเลือก			อำเภอ/เขต	กรุณาเลือก	$\sim$		ดำบล/แขวง	กรุณาเลือก	
รหัสไปรษณีย์										

๑.๕.๔. บันทึก ข้อมูลที่อยู่ (ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้) ของผู้รับบริการ โดยกดปุ่ม "แก้ไข" และกรอกข้อมูลที่อยู่ ของผู้รับบริการ ให้ครบถ้วน

ข้อมูลที่อยู่ (ปัจจุบันที่สามารถดิดต่อได้)									
เลขประจำดัวประชาชน		ชื่อ-นามสกุล	12			IMA :	ว/ด/ป เกิด :	อายุ :	
ที่อยู่ เลขที่			หมู่บ้าน/ อาคาร			หมู่	แก้ไข		
ตรอก/ซ่อย				ถนน					
จังหวัด	กรุณาเลือก	~		อำเภอ/เขต	กรุณาเลือก	~	ดำบล/แขวง	กรุณาเลือก	~
รหัสไปรษณีย์									

ข้อมูลที่อยู่ (ปัจจุบันที่สามารถผ่	ติดต่อได้)								
เลขประจำตัวประชาชน :	ชื่อ-นาม	สกุล :			เพศ	ว/ด/ป เกิด :		อายุ :	
ที่อยู่ เลขที่		หมู่บ้าน/อาคาร			หมู่		แก้ไข		
ดรอก/ชอย			ถนน	deri -					
จังหวัด	· · · ·		อำเภอ/เขด		$\sim$		ດຳນລ/ແขวง		$\sim$
รหัสไปรษณีย์									

ข้อมูลการตรวจ			
วันที่ตรวจ เวลาที่ตรวจ			
(HHMMSS)	สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ 💿 ปกติ 🔾 ผิดปกต่	i (ระบุ)	
ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพ โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้	สรุปความเห็นแพทย์ (สามารถป้อนได้ 283 ตัวอักษร)		
1. โรคประจำตัว			
🔘 ไม่มี 🔿 มี (ระบุ)			
2 ອາໂສິເນດ ແລະ ຢ່າຕັດ			
<ul> <li>ใม่มี (ระบุ)</li> </ul>			
2 เอยเล้าสังเกาะสักษาในโละเพยางเกา			
<ul> <li>ร. เพยบขายราการเกิด (นะรอพยายาณ</li> </ul>			
4. ประวัติอื่นที่สำคัญ		วัน/เวลาที่บันทึก	วัน/เวลาที่แก้ไขล่าสุด
💿 ไม่มี 🔿 มี (ระบุ)			
	1		
น้ำหนัก(ก.ก.) ส่วนสูง(ช.ม.) ความดันโลหิด(มม.ปรอท) ขีพจร(ครั้ง/นาที		ผู้บันทึก	ผู้แก้ไข
		And in case of the	
			<u>ป</u> ิด บันทึก

๑.๕.๕. บันทึก ข้อมูลการตรวจ ให้ครบถ้วน และกดปุ่ม "บันทึก"

๑.๕.๖. หลังกด "บันทึก" หน้าจอจะแสดงข้อความ "กำลังส่งข้อมูล สร้าง Digital Signature " และ "บันทึกสำเร็จ" กด ตกลง

กำลังส่งข้อมูล สร้าง Digital Signature Progress <b>40</b> %	
บันทึกสำเร็จ ตกลง	

๑.๖. หน้าจอแสดง Preview "ใบรับรองแพทย์" โดยหน้านี้ยังไม่แสดง Digital Signature จากนั้นให้กด "ปิด" หรือกด "พิมพ์" กรณีที่ต้องการบันทึกและพิมพ์ แบบไม่มี Digital Signature (หากต้องการบันทึกไฟล์ .pdf แบบไม่มี Digital Signature เมื่อกดพิมพ์ แล้วให้เลือก Destination เป็น Save as PDF)



ใบรับรองแพทย์

· · · · ·			
ขาพเจา			
สถานท่อยู่ (	(ทสามารถติดตอได) ใ		
หมายเลขบัเ	ตรประจำด้วประชาชน		
ข้าพเจ้าขอใ	ใบรับรองสุขภาพ โดยมีประวัติเ	ขภาพดังนี้	
1. โรดประจ	ำดัว	🔽 ไม่มี 🗌 มี (ระบุ)	
2. อุบัติเหตุ	และ ผ่าตัด	🗹 ไม่มี 🗌 มี (ระบุ)	
3. เคยเข้ารับ	บการรักษาในโรงพยาบาล	🗹 ไม่มี 🔲 มี (ระบุ)	
4. ประวัติอึน	เท็สำคัญ	🗹 ไม่มี่ 🔲 มี (ระบุ)	
สถานที่ตรวร		วันที่ตรวจ	
(1) ข้าพเจ้า	The second second		
ใบอนุญาตป	lsะกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่	สถาานพยาบาลชื่อ เ	
ที่อยู่			
ได้ตรวจร่าง	กาย		
แล้วเมื่อวันท่	ที่ 2 มีรายละเ	้ยดดังนี้	
น้ำหนักตัว	ความสูง 1	ดวามดันโลหิด มม.ปรอท ชีพจร ครั้ง/นาที	
	ออกร เบออิเทเมแกม	💽 ปกติ 🗌 ผิดปกติ (ระมุ)	
	องกร เบอย์ เหลาแหง	💽 กุบตุ 🥅 ฟุตภุมตุ (3:27)	
ขอร้	ายทาง เบอยู เนเกณฑ วับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็	🗹 ปกติ 🗋 ผิดปกติ (ระบุ) เผู้มีร่างกายพุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโร	คจิด
ขอร <u>้</u> หรือจิตพั่นเก่	ายทรงรองร่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็ ที่บรองร่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็ พื่อน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปราก	ปกต ผิดปกต์ (ระบุ) เผู้มีร่างกายพุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโร	คจิต ม่ปรากฏ
ขอร้ หรือจิตพั่นเร่ อาการและอ	บขางเบอยู่ เหมาณเขา วับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็ พือน หรือบัญญาอ่อน ไม่ปราก าการแสดงของโรคต่อไปนี้	๔ ปกต ⊔ ผดปกต์ (ระบุ) เผู่มีร่างกายทุพพลภาพจนใม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโร ออการของการดิดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไ:	คจิด ม่ปรากฏ
ขอริ หรือจิดพั่นเร่ อาการและอ (1) โรค	บับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็ ฟ้อน หรือบัญญาอ่อน ไม่ปราก าการแสดงของโรคต่อไปนี้ เรื่อนในระยะติดต่อ หรือในระย	ปกต ผิดปกต์ (ระบุ) ผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนใม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโร อาการของการดิดยาเสพติตให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และใน ที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม	คจิต ม่ปรากฏ
ขอร้ หรือจิตฟันเท่ อาการและอ (1) โรค (2) วัณา์	บขาว เบอยู เหเกเเเขา วับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็ ฟิอน หรือบัญญาอ่อน ไม่ปราก เาการแสดงของโรคต่อไปนี้ เรือนในระยะติดต่อ หรือในระย โรคในระยะอันตราย	ปกต ผมาต (ระบุ) ผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโร อาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรือรัง และใน เท็ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม	คจิต ม่ปรากฏ
ขอร์ หรือจิตพั่นเร่ อาการและอ (1) โรด (2) วัณว์ (3) โรด	ขพร เบอยู เหมาณฑ รับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็า ฟิลน หรือบัญญาอ่อน ไม่ปราก เรการแสดงของโรคต่อไปนี้ เรื่อนในระยะติดต่อ หรือในระย เร็คในระยะอันตราย เก้าข้างในระยะที่ปรากฏอากา	ปกต ผิดปกต์ (ระบุ) ผู้มีร่างกายพุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโร อาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไน เท็ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม เป็นที่รังเกียจแก่สังคม	คจิต ม่ปรากฏ
ขอริ หรือจิตพันเห่ อาการและอ (1) โรด (2) วัณ1 (3) โรด (3) โรด (4) อื่น -	ขพร เบอยู เหมาณาจ รับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็ พิลน หรือบัญญาอ่อน ไม่ปราก เร็อนในระยะดิดต่อ หรือในระย เร็คในระยะอันตราย เท่าข้างในระยะที่ปรากฏอากา ๆ (กั้มี)	๔ ปกต ผดปกต (ระบุ) ผู้มีร่างกายพุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโร ออาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และใน ที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม เป็นที่รังเกียจแก่สังคม	คจิต ม่ปรากฏ
ขอวั หรือจิดพันเร่ อาการและอ (1) โรค (2) วัณ1 (3) โรค (3) โรค (4) อื่น ( (2) สรุปควา	รับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็ รับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็ พิอน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปราก เรือนในระยะดันดราย เท่าข้างในระยะที่ปรากฏอากา ๆ (ถ้ามี)	ปกติ ป คต ปกติ (ระบุ) ผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโร อาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรดพิษสุราเรื้อรัง และไ เข็ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม เป็นที่รังเกียจแก่สังคม 	คจิต ม่ปรากฏ
ขอวั หรือจิตพันเร่ อาการและอ (1) โรค (2) วัณ1 (3) โรค (3) โรค (4) อื่น (2) สรุปควา	บขาว เบอบู เหเกณฑ วับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็ ฟิลน หรือบัญญาอ่อน ไม่ปราก เรื่อนในระยะติดต่อ หรือในระย เรือในระยะอันตราย เท้าข้างในระยะที่ปรากฏอากา ๆ (ถ้ามี)	ปกติ ป คิดปกติ (ระบุ) ผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนใม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโร ]อาการของการติดยาเสพติตให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรือรัง และใน ที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม เป็นที่รังเกียจแก่สังคม	คจิต ม่ปรากฏ
ขอร้ หรือจิตพันเร่ อาการและอ (1) โรค (2) วัณ1 (3) โรค (4) อื่น ( (2) สรุปควา	ขพร เบอยู เหมาณฑ รับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็ ฟิจน หรือบัญญาอ่อน ไม่ปราก เรลาในระยะติดต่อ หรือในระย เร็จในระยะอันดราย เท้าข้างในระยะที่ปรากฏอากา ๆ (ถ้ามี)	ปกติ ป คิดปกติ (ระบุ) ผู้มีร่างกายพุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโร อาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และใน เท็ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม เป็นที่รังเกียจแก่สังคม เป็นที่รังเกียจแก่สังคม แพทย์ผู้ตรวจ ลงนี้อ	คจิต ม่ปรากฏ ร่างกาย
ขอวั หรือจิตพันเร่ อาการและอ (1) โรค (2) วัณ1 (3) โรค (4) อื่น ( (2) สรุปควา	บขาว เบอยู เหมาณเขา รับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็า พิลน หรือบัญญาอ่อน ไม่ปราก เร็อนในระยะดิดต่อ หรือในระย เร็คในระยะอันตราย เท่าข้างในระยะที่ปรากฏอากา ๆ (ถ้ามี)	<ul> <li>๔ ปกติ ป ผิดปกติ (ระบุ)</li> <li>ผู้มีร่างกายพุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโร อุอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และใน ที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม</li> <li>เป็นที่รังเกียจแก่สังคม</li> <li>เป็นที่รังเกียจแก่สังคม</li> <li>เป็นที่รังเกียจแก่สังคม</li> </ul>	คจิต ม่ปรากฏ ร่างกาย
ขอริ หรือจิตหันเร่ อาการและอ (1) โรค (2) วัณ1 (3) โรค (4) อื่น (2) สรุปควา (2) สรุปควา หมายเหตุ	เขทร เบอยู เหเกณฑ รับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็ พิอน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปราก เรือนในระยะดันตราย เท้าข้างในระยะที่ปรากฏอากา ๆ (ถ้ามี)	<ul> <li>ไปกติ ป ผิดปกติ (ระบุ)</li> <li>ผงู้มีร่างกายทุพพลภาพจนใม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโร อุอาการของการติดยาเสพติตให้โทษ และอาการของโรดพิษสุราเรื้อรัง และใน เท็ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม</li> <li>เป็นที่รังเกียจแก่สังคม</li> <li>เป็นที่รังเกียจแก่สังคม</li> <li>เป็นที่รังเกียจแก่สังคม</li> <li>เหน่ารังเกียจแก่สังคม</li> </ul>	คจิต ม่ปรากฏ ร่างกาย
ขอวิ หรือจิตพันเร่ อาการและอ (1) โรค (2) วัณ1 (3) โรค (3) โรค (4) อื่น (2) สรุปควา (2) สรุปควา หมายเหตุ	ขทร เบอยู เหมาณฑ รับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็ ฟิจน หรือบัญญาอ่อน ไม่ปราก เร็อนในระยะติดต่อ หรือในระย เร็ดในระยะอันตราย เท้าข้างในระยะที่ปรากฏอากา ๆ (ถ้ามี)	ไปกติ ผิดปกติ (ระบุ) หงู้มีร่างกายพุพพลภาพจนใม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโร อาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และใน เท็ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม เป็นที่รังเกียจแก่สังคม แป้นที่รังเกียจแก่สังคม	คจิต ม่ปรากฏ ร่างกาย างกาย

แบบฟอร์มนี้ได้รับการรับรองจากมติดณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 4/2561 วันที่ 19 เมษายน 2561

ปิด 🖨 พิมพ่

๑.๗. หน้าจอแสดงรายการบันทึกใบรับรองแพทย์

สามารถค้นหาข้อมูลจากวันที่ตรวจ หรือเลขประจำตัวประชาชนของผู้รับบริการ

ถ้าระบบส่ง Digital Signature สำเร็จ หน้ารายการบันทึกใบรับรองแพทย์ จะมีไอคอนดาวน์โหลด (ลูกศรซี้ลง) 🕁 กดปุ่ม 🛃 เพื่อดาวน์โหลด (PDF File) ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล ที่มี Digital Signature

บันทึ	กใบรับ	รองแพทย์						เพิ่ม
วันที่ต	รวจ	23/04/2565	ถึง 23/04	1/2565	เลขประจำตัวประชาชน	ค้นหา		
	ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	วัน/เวลาที่ตรวจ	ประเภทใบรับรอง	เลขที่ใบรับรอง	(Digital Signature)	วัน/เวลาที่ส่ง	แก้ไข/ลบ/พิ
		- alticeda	-	🔳 ใบรับรองแพทย์ (ตรวจ	สุข	ส่งแล้ว	allowers have a	년 <del>8</del> 주
ш	สดงข้อมูล	ล 50 🗸 ต่อหน้า	5	รายการที่ 1 ถึง 1 จากทั้งหมด 1	รายการ			กลับ 1 ถัดไป

กรณีที่หน้ารายการบันทึกใบรับรองแพทย์ ไม่แสดงไอคอนดาวน์โหลด (ลูกศรชี้ลง) 🛃 ให้ดำเนินการ ดังนี้

- ๑. ตรวจสอบข้อมูล Service ID และ Service Secret ของหน่วยงาน ที่หน้า "ข้อมูลทั่วไป" และ Service ID, Service Secret ของบุคคล ที่หน้า "โปรไฟล์" ให้ครบถ้วน
- ๒. ตรวจสอบ/เพิ่ม ตราประทับของสถานพยาบาล ที่หน้า "ข้อมูลทั่วไป"
- ๓. ตรวจสอบ/เพิ่ม ลายเซ็นของบุคคล ที่หน้า "โปรไฟล์"

หากดำเนินการทั้ง ๓ ข้อ ถูกต้อง ครบถ้วนแล้ว

ให้กดปุ่มไอคอนแก้ไขผลการตรวจ 🧭 และกด "บันทึก" อีกครั้ง เพื่อให้ระบบส่ง Digital Signature จากนั้นให้ตรวจสอบหน้ารายการบันทึกใบรับรองแพทย์ จะแสดงไอคอนดาวน์โหลด (ลูกศรชี้ลง) 🕁

บันทึกใบรับ	เรองแพทย์						เพิ่ม
วันที่ดรวจ		ถึง	iamite	ำคัวประชาชน	ศัมหา		
ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	วัน/เวลาที่ตรวจ	ประเภทใบรับรอง	เลขที่ใบรับรอง	(Digital Signature)	วัน/เวลาที่ส่ง	แก้ไข/ลบ/พิมพ์
1	N. W. Barrad		ใบรับรองแพทย์ (ดรวจสุข	65000006	รอส่ง		C 🖞 🖶
2	and the state of the state	10000	ใบรับรองแพทย์ (ดรวจสุข	650000013	ส่งแล้ว	13/04/2565 11:36:58	r 🖞 🖨 🕹
3	and the second		ใบรับรองแพทย์ (ตรวจสุข	65000022	ส่งแล้ว	21/04/2565 15:25:01	년 <mark>8</mark> 8
4	a long when		ใบรับรองแพทย์ (ดรวจสุข	65000033	ส่งแล้ว	23/04/2565 20:51:39	년 <mark>8</mark> 중 소
แสดงข้อมู	ูเล 50 ✔ ต่อหน้า	รายกา	รที่ 1 ถึง 4 จากทั้งหมด 4 รายการ				กลับ 1 ตัดไป

นที่ดรวจ	เวลาที่ตรวจ			
-	(HHMMSS)	สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณท์	💿 ปกติ 🔘 ผิดปกติ (ระบุ)	
ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุข	ภาพ โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้	สรุปความเห็นแพทย์ (สามารถป้อนได้	้ 251 ตัวอักษร)	
	1. โรคประจำดัว			
💽 ไม่มี่ 🔿 มี (ระบฺ)				
	2. อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด			
💿 ไม่มี 🔿 มี (ระบุ)				
	<ol> <li>เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</li> </ol>			
💽 ไม่มี 🔿 มี (ระบุ)				
	4. ประวัติอื่นที่สำคัญ	แพทย์ผู้ตรวจ	วัน/เวลาที่บันทึก	วัน/เวลาที่แก้ไขล่าสุด
🕽 ไม่มี 🔿 มี (ระบุ)				
น้ำหนัก(กก) ส่	่วนสง(ซเบ) ความดันโลหิด(มบปรอท) ขึ	พจร(ครั้ง/นาที)	ผ้ทันทึก	ผ้แก้ไท
			uning the second second	
				2
				ปิด ป้า

บันทึกใบรับ	รองแพทย์						เพิ่ม
วันที่ตรวจ	1000000	ถึง	lanist	ว่าด้วประชาชน	คันหา		
ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	วัน/เวลาที่ตรวจ	ประเภทใบรับรอง	เลขที่ใบรับรอง	(Digital Signature)	วัน/เวลาที่ส่ง	แก้ไข/ลบ/พิมพ์
1			ใบรับรองแพทย์ (ตรวจสุข	65000006	ส่งแล้ว	25/04/2565 15:36:34	C 🕇 🖶 🕹
2	$\sim 1000  {\rm eV}$	Information Party	ใบรับรองแพทย์ (ตรวจสุข	65000013	ส่งแล้ว	13/04/2565 11:36:58	C 🕇 🖨 🕹
3	con accomilitation	1.00	ใบรับรองแพทย์ (ตรวจสุข	650000022	ส่งแล้ว	21/04/2565 15:25:01	6054
4	a train a fead	1	ใบรับรองแพทย์ (ดรวจสุข	650000033	ส่งแล้ว	23/04/2565 20:51:39	C 🗘 🖨 🕹
แสดงข้อมู	ล 50 🗸 ต่อหน้า	รายกา	ารที่ 1 ถึง 4 จากทั้งหมด 4 รายการ				กลับ 1 ถัดไป

## ๑.๘. ตัวอย่างไฟล์ดาวน์โหลด ใบรับรองแพทย์ดิจิทัลที่มี Digital Signature

	รูปโลโก้หน่วยง	าาม	
	ใบรับรองแพ	ทย์	
เลขที่			
ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว			
สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้)			
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน			
ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพ โดยมีประวัติสุ	ขภาพดังนี้		
1. โรคประจำตัว 🗹 ไ	.ม่มี 🗆 มี (ระบุ)		
2. อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด 🗹 ไ	.ม่มี 🗆 มี (ระบุ)		
3. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 🗹 ไ	ม่มี 🗆 มี (ระบุ)		
4. ประวัติอื่นที่สำคัญ			
สถานที่ตรวจ		วันที่ เดือน	W.FI.
(1) ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง			
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่	สถานพยาบาล	ลชื่อ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	
ที่อย่			
ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว			
แล้วเมื่อวันที่ 🚺 เดือน 📃 พ.ศ	1. มีรายละเอียดด้	้าังนี้	
น้ำหนักตัว	นดิเมตร ความดันโลหิด	มม.ปรอท ชีพจร ครั้ง/*	นาที
สภาพร่างกายทั่วไปอยใบแกญฑ์ 🗹 ปกติ 🗌	] ມີຫາໄກທີ (ຣະາາ)		
ขอรับรองว่า บอดอดังกล่าว ไง่เป็น	มที่มีร่างกายพพพลกาพอบไปต	เวขารถงได้บัติหน้าที่ได้ ไปปรากกล	າດາຮອດຈໂຮດຄືສ
ขยังจริงจิตฟ้ามพิตา หรือปัญญาต่อย ไม่ปราก	กลาการของการติดยาเสพติดไ	าไม่ เรเตอฏ อิติตน เทเตา แม่ อิรากฎข - ห้โทษ และอาการของโรคพิษสราเรี	ที่การของจะทางค ชื่อรัง และไข่
ปรากภาการและอาการแสดงของโรคต่อไ	มูล การของการต่อง กลางต่อ เปลี้		1014 Mere M
(1) โรดเรื้องประธงชอดต่อ หรือโรเรษยะที่จ	เขา ปรากกลาการเป็นที่รับเกียญแก่	สังคน	
(1) กักโรตในระยะคำคอ กายระยะออก		5147104	
<ul> <li>(2) ระสะบารสะบอยออสทราย</li> <li>(3) โรสเข้าส้างในระยะหนึ่งไรากกลาการเป็น</li> </ul>	พี่รับถึยถแก่สังคม		
<ul> <li>(3) รัสสสาย (โรงสลอออส 103 กกฎยาก กลอบส</li> <li>(4) อึ่งเ ๓ (ถ้าขี)</li> </ul>	T AND I D AND I DI NITAL		
			*****************************
(2) หรูบทาวเมเทนและชอแนะนาชองแพทย	· · · · · ·		
	د بر س		
ตราประ	ทบราน 👔		นพทย์
	(		)
หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบี	ยนรับไบอนุญาตประกอบวิชาข	ซีพเวซกรรม	
(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสม	บูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉ	วบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือนนับแต่วันที่ตร	เวจร่างกาย
(3) คำรับรองนี้เป็นการตรวจวินิจ	ฉัยเบื้องต้น		
แขนแปลตั้งหปีได้สังเอาสรับสลงกาก	พเติดถมุกรรมการแมนแสกกใ	a consel sugar a the state of the state of	Q ININIDERI DECT

## ษ. ใบรับรองผลตรวจหาเชื้อโควิด 19 ด้วย ATK

(เอกสารรับรองการตรวจเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) ของประเทศไทย) ๒.๑. เข้าเมนู "บันทึกผลการตรวจหาเชื้อโควิด19"

๒.๒. เลือก "การตรวจ ATK" และ "บันทึกผลการตรวจฯ ด้วย ATK"

Home ทะเมือนผู้รับบริการ	บันทึกผลการตรวจหาเชื้อ	โควิด 19		
	การตรวจ ATK 🔉	บันทึกผลการตรวจฯ ด้วย ATK	- 2	
302,272 ATK Positive result	การตรวจ RT-PCR >	Import excel ผลตรวลฯ ด้วย ATK ATK Other result	2,373,925 ATK Negative result	

๒.๓. บันทึกผลการตรวจ Antigen Test Kit

- กดปุ่ม "เพิ่ม"
- หน้าบันทึกผล ATK ใส่เลขประจำตัวประชาชนผู้รับบริการ
- กดปุ่ม "ค้นหา"
- ระบบจะแสดงข้อมูลส่วนตัวผู้รับบริการ ให้ตรวจสอบข้อมูลผู้รับบริการ
- บันทึกข้อมูลการตรวจ ให้ครบถ้วน
- กดปุ่ม "บันทึก"

( d	a	ศัมหา				
ลำดับ ชื่อ-สกุล	ชื่อผลิตภัณฑ์	ผลการตรวจ	วันที/เวลา	สถานที	ผู้ลงบันทึก	แก้ไข/อบ/ พิมพ์
		ไม่พบ	ข้อมูล			



ขอมูลสวนดัว	ตรวจสอบข้อมูลผู้รับบริการ
เลขประจำด้วประชาชน	แก้ไข
ศานาหน้า	
ชื่อ	(mail)
นามสกุล	inde:
ว/ค/ป เกิด	
เพศ	) ขาย 🍥 หญิง
Passport No.	
ข้อมูลการตรวจ ข็อผลิดภัณฑ์   Home Us กรุณาเลือก	บันทึกข้อมูลการตรวจ se () Professional Use
สาเหตุการตรวจ	
กรุณาเลอก ผลการตรวจ	
050121820	
LISER IENRIL	
หมายเหตุ	

 รายชื่อชุดตรวจ ATK อ้างอิงตามมาตรฐานที่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กำหนด สามารถตรวจสอบได้จากเว็บไซต์สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา https://www.fda.moph.go.th/sites/Medical/SitePages/test\_kit\_covid19.aspx

๒.๔. หลังกด "บันทึก" หน้าจอจะแสดงข้อความ "กำลังส่งข้อมูล สร้าง Digital Signature " และ "บันทึกสำเร็จ" กดปุ่ม "ตกลง"



๒.๕. หน้าจอแสดง Preview "ใบแสดงผลการตรวจ Antigen Test Kit" โดยหน้านี้จะไม่มี Digital Signature จากนั้นให้กด "ปิด" หรือกด "พิมพ์" กรณีที่ต้องการบันทึกและพิมพ์ แบบไม่มี Digital Signature (หากต้องการบันทึกไฟล์ .pdf แบบไม่มี Digital Signature เมื่อกดพิมพ์ แล้วให้เลือก Destination เป็น Save as PDF)

ใบแส	สดงผลการตรวจ Antigen Test Kit
เลขประจำด้วประชาชน	. Hereiter auf der Bertreter
ชื่อ-นามสกุล	
เพศ	
อายุ	
	ข้อมูลการตรวจ
ชื่อผลิตภัณฑ์	Saliva SARS-CoV-2 (2019-CoV) Antigen Test Kit (Nanocarbon Assay) [T 6400148] [Jiaxing WiseTest Bio-Tech Co. Ltd. China]
ประเภทผลิตภัณฑ์	Home Use
สาเหตุการตรวจ	80
ผลการตรวจ	ไม่พบ
หมายเหตุ	
วันที/เวลาตรวจ	
ผู้ทำการตรวจ	and the second sec
สถานที่ตรวจ	
หมายเหตุ	2
เบอร์โทรศัพท์	
ที่อยู่	a or a constant of a second

๒.๖. หน้าจอแสดงรายการบันทึกผลการตรวจ Antigen Test Kit โดยสามารถค้นหาข้อมูลจากวันที่ตรวจ หรือเลขประจำตัวประชาชนของผู้รับบริการ

ถ้าระบบส่ง Digital Signature สำเร็จ หน้ารายการบันทึกผลการตรวจ Antigen Test Kit จะมีไอคอนดาวน์โหลด (ลูกศรชี้ลง) 🕁 กดปุ่ม 🛃 เพื่อดาวน์โหลด (PDF File) ใบรับรองผลตรวจหาเชื้อโควิด 19 ด้วย ATK ที่มี Digital Signature

						เพิ่ม	เพิ่ม (ชาวด่างชาติ)
วันที่		ถึง	บันหา				
ลำดับ ชื่อ	อ-นา <mark>มสกุ</mark> ล	ชื่อผลิตภัณฑ์	ผลการตรวจ	วันที่/เวลา	สถานที	ผู้ลงบันทึก	แก้ไข/ลบ/พิมุม
1		Saliva SARS-CoV-2 (2019-CoV) Antigen Test Kit (Nanocarbon Assay) [T 6400148] [Jiaxing WiseTest Bio-Tech Co. Ltd. China]	ไม่พบ	n an san	10.00 10.00	<u>ل</u> ے ا	668

- ๑. ตรวจสอบข้อมูล Service ID และ Service Secret ของหน่วยงาน ที่หน้า "ข้อมูลทั่วไป" และ Service ID, Service Secret ของบุคคล ที่หน้า "โปรไฟล์" ให้ครบถ้วน
- ๒. ตรวจสอบ/เพิ่ม ตราประทับของสถานพยาบาล ที่หน้า "ข้อมูลทั่วไป"
- ๓. ตรวจสอบ/เพิ่ม ลายเซ็นของบุคคล ที่หน้า "โปรไฟล์"

หากดำเนินการทั้ง ๓ ข้อ ถูกต้อง ครบถั่วนแล้ว

ให้กดปุ่มไอคอนแก้ไขผลการตรวจ 🧉 และกด "บันทึก" อีกครั้ง เพื่อให้ระบบส่ง Digital Signature จากนั้นให้ตรวจสอบหน้ารายการบันทึกผลการตรวจ Antigen Test Kit จะแสดงไอคอนดาวน์โหลด 🕁

บันทึกผ	ลการตรวจ Anti	gen Test Kit				เพิ่ม	เพิ่ม (ชาวด่างชาติ)
วันที่		ถึง	ค้นหา				
สำดับ	ชื่อ-นามสกุล	ชื่อผลิตภัณฑ์	ผลการตรวจ	วันที่/เวลา	สถานที่	ผู้ลงบันทึก	แม่ ข/ลบ/พิมพ์
1		Saliva SARS-CoV-2 (2019-CoV) Antigen Test Kit (Nanocarbon Assay) [T 6400148] [Jiaxing WiseTest Bio-Tech Co. Ltd. China]	Liwiz	e sector			C 0 8

บันทึกผล ATK เลขประจำดัวประชาชนผู้รับ	การตรวจ	ศัมหา
ข้อมูลส่วนด้ว		
เลขประจำดั่วประชาชน	の意味者	แก้ไข
สานาหน้า		
ชื่อ	(m))	
นามสกุล	index.	
ว/ด/ป เกิด	4	
रभग	🔘 ขาย 🛞 หญิง	
Passport No.		
ข้อมูลการตรวจ ชื่อแล็ดภัณฑ์ 💌 Home Us	e O Professional Use	nii liinne - Y
สาเหตุการตรวจ		
Source attent?	the strategic states	~
Hall 139334		~
หมายเหตุ		
		2

บันทึก	ผลการตรวจ Anti	gen Test Kit					เพิ่ม	เพิ่ม (ชาวต่างชาติ)
วันที่	and the second	ถึง	เลขประจำตัวประชาชน ค	จันหา				
ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	ชื่อผลิตภัณฑ์		ผลการตรวจ	วันที่/เวลา	สถานที่	ผู้ลงบันทึก	แก้ไข/ลบ/พิมพ์
1		Saliva SARS-CoV-2 (2019-CoV) Antiger [Jiaxing WiseTest Bio-Tech Co. Ltd. Chir	i Test Kit (Nanocarbon Assay) [T 6400148] ia]	ไม่พบ				C 🕇 🖶 🕹

กรณีต้องการแก้ไขหรือลบข้อมูลผลการตรวจ ATK

- กดปุ่ม 🧉 เมื่อต้องการแก้ไขผลการตรวจ (สามารถแก้ไขได้ภายในวันที่บันทึกผลตรวจเท่านั้น)
- กดปุ่ม ᅌ เมื่อต้องการลบผลการตรวจ (สามารถลบได้ภายในวันที่บันทึกผลตรวจเท่านั้น)
- กดปุ่ม 🗢 เมื่อต้องการบันทึกไฟล์และพิมพ์ใบแสดงผลการตรวจ Antigen Test Kit แบบไม่มี Digital Signature

## ข้อระวัง

\*\* กรณีข้ามวันจะไม่สามารถแก้ไขหรือลบได้ รวมทั้ง Admin จะไม่สามารถดำเนินการแก้ไขหรือลบให้ได้ \*\* ควรตรวจสอบข้อมูลก่อนบันทึกผลการตรวจ และตรวจสอบผลตรวจหลังบันทึกทุกครั้ง หากข้อมูลไม่ถูกต้อง ให้รีบดำเนินการแก้ไขภายในวันที่บันทึก

## ๒.๗. ตัวอย่างไฟล์ดาวน์โหลด ใบรับรองผลตรวจหาเชื้อโควิด 19 ด้วย ATK (เอกสารรับรองการตรวจเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) ของประเทศไทย)

ອີນສິ່ງ	เอกสารรั ค้วยชุคตร	รับรองการตรวจ เวจ Antigen Test I	า <mark>ชื้อไวรัสโคโรน</mark> า Kit (ATK) ของประเ	1 2019 เทศไทย
	(T)	AILAND NATIONAL C	ERTIFICATE OF COV	/ID-19 TEST BY ATK)
ชื่อ-นามสกุล Name - Last name เพศ Sex หมายเลขบัตรประชาชน ID Card Number ที่อยู่ Address		วัน/เดือน/ปีเก Date of Birt เลขที่หนังสือเ Passport Ni	โด h ดินทาง mber	
วันและเวลาออกรายงาน (Date and Time of Report Issuance)	ขื่อผลิตภัณฑ์ (Name of Test Kit)	ประเภทผลิตภัณฑ์ (Type of Test Kit)	ผลการตรวจ (Test Result)	ลถานที่ตรวจ (Laboratory)
26 เม.ย. 2565 11:14 26 Apr 2022 11:14 AM	Flowflex SARS-CoV-2 Antigen Rapid Test (Nasal/Saliva) (T 6400208) [ACON Biotech (Hangzhou) Co., Ltd	Home Use	ไม่พบ (Negative)	,
QR code สำหรับ	การเดินทางเข้าประเทศที่เชื่อม	ต่อกับระบบของสหภาพยุโรง	J(EU Digital COVID-19 C	ertificate:EU DDC)
		26 (11.6) 2665 11.14		
	(Date	26 Apr 2022 11:14 AM วันและเวลาออกรายงาน and Time of Report Issu	ance)	
ลงชื่อผู้ออกใบรับรอง (Sig เลขที่ใบอนุญาตการประก	nature of the Certifying Office อบวิชาชีพ (License number)	n		ตราประทับร้าน
หมายเหตุ : หากข้อมูลใน Remark : In case of da	เอกสารรับรองไม่ถูกต้อง กรุณาติเ ta correction, please contact	ดต่อ สถานที่ตรวจ เพื่อตรวจส the Laboratory site	อบแก้ไขข้อมูลดังกล่าว	

\*\* หากร้านต้องการดูตัวอย่างลายเซ็นที่แสดงบนใบรับรองผลตรวจหาเชื้อโควิด 19 ด้วย ATK ให้ทดสอบบันทึกด้วยชื่อตนเอง เพื่อดูตำแหน่งของลายเซ็น โลโก้ร้าน และตราประทับร้าน ก่อนการใช้งานจริง\*\*

#### หมายเหตุ :

 การแสดง QR Code EU DDC บนใบรับรองผลตรวจหาเชื้อโควิด 19 ด้วย ATK จะแสดงเฉพาะ ผู้รับบริการ ที่มี ชื่อ-นามสกุล ภาษาอังกฤษ ในระบบ และบันทึกด้วยชุดตรวจ ATK ที่ผ่านการรับรองจาก EU
 การออกใบรับรองผลตรวจหาเชื้อโควิด 19 ด้วย ATK ที่มี Digital Signature ไม่รองรับการบันทึก ผลตรวจฯ แบบ Import excel file เพิ่มเติม : การเพิ่ม ชื่อ-นามสกุล ภาษาอังกฤษ ผู้รับบริการในระบบ

- ๑. เข้าเมนู "ทะเบียนผู้รับบริการ"
- ๒. เลือก "ทะเบียนผู้รับบริการ"
- ๓. หน้า เพิ่ม/แก้ไข ข้อมูลผู้รับบริการ ใส่เลขประจำตัวประชาชนผู้รับบริการ
- ๔. กดปุ่ม "ค้นหา"
- ระบบจะแสดงข้อมูลส่วนตัวของผู้รับบริการ ให้ตรวจสอบข้อมูลและเพิ่มข้อมูล ให้ครบถ้วน แล้วกดปุ่ม "บันทึก"



เพิ่ม/แก้ไข ข้อมูลผู้รับบริการ ใส่เลขประจำตัวป	ระชาชนผู้รับบริการ
(สชประจำตัวประชาชน	<mark>4</mark> ค้นหา
เลขประจำตัวประชาชน∶-	ชื่อ-นามสกุล : -

เพิ่ม/แก้ไข ข้อมูลผู้รับบริการ					
เลขประจำด้วประชาชน		ศับหา			
เลชประจำดัวประชาชน :		ชื่อ-นามสกุล :			
ข้อมูลส่วนดัว					
เลขประจำด้วประชาชน	1000				
ศาบาหบ้า					
ชื่อ	900.				
นามสกุล					
เพศ	🖲 ชาย 🔾 หญิง				
ว/ค/ป เกิด					
สัญชาติ			V		
ศำนำหน้าชื่อ (อังกฤษ)				]	
ชื่อ (อังกฤษ)				างบัง	สือเดินทาง/Passport
ນານສຸດຸລ (ລັ້ນກຄຸษ)				] / ้ำมี	ให้ระบ. หากไม่มี ให้เว้นว่างไว้
หนังสือเดินทาง/Passport					۹,
เบอร์โทรศัพท์ (ดงทะเบียนแอพหมอพร้อม)					
				บันที	

# ๓. ใบรับรองผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เชื้อโควิด 19) (เอกสารรับรองการตรวจทางห้องปฏิบัติการเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศไทย)

๓.๑. เข้าเมนู "บันทึกผลการตรวจหาเชื้อโควิด 19"

๓.๒. เลือก "การตรวจ RT-PCR" และ "บันทึกผลการตรวจฯ ด้วยวิธี RT-PCR"

Home ทะเบียนผู้รับบริการ	บันทึกผลการตรวจหาเชื้อ	งโควิด 19 🧰 🚺 ยาสัมพันธ์	
	การดรวจ ATK 🔉		
302,272 ATK Positive result	การตรวจ RT-PCR ゝ	บับทึกผลการตรวจฯ ด้วยวิธี RT-PCR	<b>2,373,925</b> ATK Negative result
$\bigwedge$		$\int$	

๓.๓. บันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- กดปุ่ม "เพิ่ม"
- หน้าบันทึกผล LAB ใส่เลขประจำตัวประชาชนผู้รับบริการ
- กดปุ่ม "ค้นหา"
- ระบบจะแสดงข้อมูลส่วนตัวผู้รับบริการ ให้ตรวจสอบข้อมูลผู้รับบริการ
- บันทึกข้อมูลการตรวจ (เก็บสิ่งส่งตรวจ) ให้ครบถ้วน
- กดปุ่ม "บันทึก"
- บันทึกข้อมูลการตรวจ (รายงานผล) ให้ครบถ้วน
- กดปุ่ม "บันทึก"

ข้อมูลผลการตรวจ	ทางห้องปฏิบัติการ						เพิ่ม (ชาวต่างชาติ)
วันที่เก็บสิ่งส่งดรวจ	24/04/2565	ถึง	24/04/2565	Clear	เลขประจำตัวประชาชน <mark>ค้นหา</mark>		
วันที่รายงานผล		ถึง		Clear			
ลำดับ ชื่อ-นาม	มสกุล ผลก	ารตรวจ	วัน/เวลาที่เก็บสิ่งส่งตรว	9	วัน/เวลาที่รายงานผล สถานที่	ผู้ลงบันทึก	ແก້ไข/ລบ/พิมพ์
					ไม่พบข้อมูล		
แสดงข้อมูล 50	0 🗸 ต่อหน้า						ข้อนกลับ ถัดไป

บันทึกผล LAB ใส่เลขประจำตัวประชาชนผู้รับบริการ	3
<ul> <li>เลขประจำด้วประชาชนผู้รับการตรวจ —</li> </ul>	ค้นหา
	ปิด

ข้อมูลส่วนตัว 🦊	ตรวจสอบข้อมลผ้รับบริการ				
เลขประจำตัวประชาชน	I. SHARE	แก้ไข			
ดำนำหน้า	100				
ชื่อ	and the second s				
นามสกุล	SUD:				
ว/ค/ป เกิด	ALCONOMIC .				
1704	่าชาย ⊛ หญิง				
Passport No.					
มมลการตรวจ 5	×.4.1.		ผลการตรวจ 7	งไม่เพื่อพ้อมอกระตราอ	
เพื่อก็หลั่งสรรร	บนทกขอมูลการตรวจ		วันที่รายงานผล	เวลาที่รายงานผล	
				(HHMMSS)	
	(HHMMSS)				
	(HHMMSS)				
อการตรวจ	(HHMMSS)		เลขที่อ้างอึง (Lab No.	)	
อการตรวจ กรุณาเลือก	(HHMMSS)	~	เลขที่อ้างอิง (Lab No.	)	
อการตรวจ กรุณาเลือก วัส TMLT	(HHMMSS)	~	เลชที่อ้างอิง (Lab No. ผลการตรวจ	)	
อการตรวจ กรุณาเลือก รัส TMLT -	(HHMMSS)	~	เลขที่อ้างอิ่ง (Lab No ผลการตรวจ กรุณาเลือก	)	
มการตรวจ กรุณาเลือก โส TMLT -	(HHMMSS)	~	เลขที่อ้างอิง (Lab No ผลการตรวจ กรุณาเลือก หมายเหตุ	)	
อการตรวจ กรุณาเลือก กรุณาเสือก - เญประสงศ์ กรุณาเลือก	(HHMMSS)	~	เลขที่อ้างอิง (Lab No ผลการตรวจ กรุณาเลือก หมายเหตุ	)	
อการตรวจ กรุณาเลือก - เญประสงศ์ กรุณาเลือก เชนกหลัวอย่าง (Specimen	(HHMMSS)	~	เลขที่อ้างอิ่ง (Lab No ผลการตรวจ กรุณาเลือก หมายเหตุ	)	
มการตรวจ กรุณาเลือก โส TMLT - เญประสงศ์ กรุณาเลือก กรุณาเลือก กรุณาเลือก	(HHMMSS)	~	เลขที่อ้างอิง (Lab No ผลการตรวจ กรุณาเลือก หมายเหตุ	)	
มการตรวจ กรุณาเลือก โส TMLT - เญประสงค์ กรุณาเลือก มะแภทด้วอย่าง (Specimen) กรุณาเลือก อ.ส.ก.ศ. มีนับเท็กการตรวจ	(HHMMSS)	~	เลขที่อ้างอิง (Lab No ผลการครวจ กรุณาเลือก หมายเหตุ ชื่อ-สกุล ผู้รายงานผล	)	

๓.๔. หลังกด "บันทึก" หน้าจอจะแสดงข้อความ "กำลังส่งข้อมูล สร้าง Digital Signature " และ "บันทึกสำเร็จ" กดปุ่ม "ตกลง"

กำลังส่งข้อมูล สร้าง Digital Signature Progress <b>40</b> %
บันทึกสำเร็จ ตกลง

๓.๕. หน้าจอแสดง "ใบแสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ" โดยหน้านี้จะไม่มี Digital Signature จากนั้นให้กด "ปิด" หรือกด "พิมพ์" กรณีที่ต้องการบันทึกและพิมพ์ แบบไม่มี Digital Signature (หากต้องการบันทึกไฟล์ .pdf แบบไม่มี Digital Signature เมื่อกดพิมพ์ แล้วให้เลือก Destination เป็น Save as PDF

(	GUN WE WE
ใบแสดง	งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
เลขประจำตัวประชาชน	
ชื่อ-นามสกุล	
เพศ	
อายุ	201
	ข้อมูลการตรวจ
ชื่อการตรวจ	
รหัส TMLT	5 5
วัตถุประสงค์	R.
ประเภทตัวอย่าง (Specimen)	NA REPORT COMPLETE
เลขที่อ้างอิง (Lab No.)	
ผลการตรวจ	
หมายเหตุ	100
วันที่เวลารายงานผล ตรวจ	200 B 80 B
ผู้รายงานผล	
สถานที่ตรวจ	121, 121 121 121 121 1
หมายเหตุ	
เบอร์โทรศัพท์	
ทีอยู่	States of the second second
	ปิด 😝 พิมพ์

๓.๖. หน้าจอแสดงรายการข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

โดยสามารถค้นหาข้อมูลจ<sup>้</sup>ากวันที่เก็บสิ่งส่งตรวจ วันที่รายงานผล หรือเลขประจำตัวประชาชน ของผู้รับบริการ

ถ้าระบบส่ง Digital Signature สำเร็จ หน้ารายการข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จะมีไอคอนดาวน์โหลด (ลูกศรชี้ลง) 🛃 กดปุ่ม 🛃 เพื่อดาวน์โหลด (PDF File) ใบรับรองผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เชื้อโควิด 19) ที่มี Digital Signature

ข้อมูลผลการตรวจ	เทางห้องปฏิบัติก	าร						เพิ่ม (ชาวต่างชาติ)
วันที่เก็บสิ่งส่งตรวจ		ถึง		Clear	เลขประจำตัวประชาชน	ค้นหา		
วันที่รายงานผล		ถึง		Clear				
ลำดับ ชื่อ-นา	ານສຄຸລ	ผลการตรวจ	วัน/เวลาที่เก็บสิ่งส่งตรวจ		วัน/เวลาที่รายงานผล	สถานที่	ผู้ลงบันทึก	แก้ไข/ลบ/พิมษ
11 2000	1.000		1.0.00		A 40.00 (1997)		1000	608
แสดงข้อมูล 50	🗸 ต่อหน้า							ภลับ 1 ถัดไป

กรณีที่หน้ารายการข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไม่แสดงไอคอนดาวน์โหลด (ลูกศรซี้ลง) 🕁

- ๑. ตรวจสอบข้อมูล Service ID และ Service Secret ของหน่วยงาน ที่หน้า "ข้อมูลทั่วไป"
  - และ Service ID, Service Secret ของบุคคล ที่หน้า "โปรไฟล์" ให้ครบถ้วน
- ๒. ตรวจสอบ/เพิ่ม ตราประทับของสถานพยาบาล ที่หน้า "ข้อมูลทั่วไป"
- ๓. ตรวจสอบ/เพิ่ม ลายเซ็นของบุคคล ที่หน้า "โปรไฟล์"

หากดำเนินการทั้ง ๓ ข้อ ถูกต้อง ครบถ้วนแล้ว

ให้กดปุ่มไอคอนแก้ไขผลการตรวจ 🧉 และกด "บันทึก" อีกครั้ง เพื่อให้ระบบส่ง Digital Signature จากนั้นให้ตรวจสอบหน้ารายการข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จะแสดงไอคอนดาวน์โหลด 🕁

ข้อมูลผลการตรวจ	ทางห้องปฏิบัติกา	าร						พื่ม (ชาวด่างชาติ)
วันที่เก็บสิ่งส่งตรวจ		ถึง	100701	Clear	เลขประจำดัวประชาชน	คันหา		
วันที่รายงานผล		ถึง		Clear				
ลำดับ ชื่อ-นา	เมสกุล	ผลการตรวจ	วัน/เวลาที่เก็บสิ่งส่งตรวจ		วัน/เวลาที่รายงานผล	สถานที	ผู้ลงบันทึก	แก่ ปลบ/พิมพ์
			1			$[a_1, \ldots, a_{n-1}, \ldots, a_{n-1}$	10.00	C & &
แสดงข้อมูล 50	🗸 ต่อหน้า							กลับ 1 อัตโป

ข้อมูลส่วนตัว		
เลขประจำดัวประชาชน	แก้ไข	
ศำนำหน้า		
ชื่อ	100.00	
นามสกุล	Tanàn	
ว/ด/ป เกิด	all a final final	
เพศ	🔿 ชาย 🔘 หญิง	
Passport No.		
ข้อมูลการตรวจ		ผลการตรวจ วันที่รายงานผล เวลาที่รายงานผล
วันที่เก็บสิ่งส่งตรวจ	เวลาที่เก็บสิ่งส่งตรวจ (HHMMSS)	(HHMMSS)
ชื่อการตรวจ		เลขที่อ้างอิง (Lab No.)
lating and	control 1 million of	หลุการตรวจ
รหัส TMLT		the state of the s
		หมายเหตุ
วัดถุประสงค์		
1000		×
	n)	ชื่อ-สกุล ผู้รายงานผล
ประเภทดัวอย่าง (Specime		
ประเภทดัวอย่าง (Specime	ale and the second s	×

ข้อมูลผลการตรวจ	ทางห้องปฏิบัติก	15					19	รื่ม (ชาวต่างชาติ)
วันที่เก็บสิ่งส่งตรวจ	in the second	ถึง	100217021	Clear	ເລນປຣະຈຳລັງປຣະນານາ	คันหา		
วันที่รายงานผล		ถึง		Clear				
ลำดับ ชื่อ-นา	ານสกุล	ผลการตรวจ	วัน/เวลาที่เก็บสิ่งส่งดรวจ		วัน/เวลาที่รายงานผล	สถานที่	ผู้ลงบันทึก	แก้ไข/ลบ/พิมพ์
			-				1000	C 🖞 🖨 🕹
แสดงข้อมูล 50	🗸 ต่อหน้า							กลับ 1 อัตโป

กรณีต้องการแก้ไขหรือลบข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- กดปุ่ม 🧉 เมื่อต้องการแก้ไขผลการตรวจ (สามารถแก้ไขได้ภายในวันที่บันทึกผลตรวจเท่านั้น)
- กดปุ่ม 🗘 เมื่อต้องการลบผลการตรวจ (สามารถลบได้ภายในวันที่บันทึกผลตรวจเท่านั้น)
- กดปุ่ม 🗢 เมื่อต้องการบันทึกไฟล์และพิมพ์ใบแสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แบบไม่มี Digital Signature

## ข้อระวัง

\*\* กรณีข้ามวันจะไม่สามารถแก้ไขหรือลบได้ รวมทั้ง Admin จะไม่สามารถดำเนินการแก้ไขหรือลบให้ได้ \*\* ควรตรวจสอบข้อมูลก่อนบันทึกผลการตรวจ และตรวจสอบผลตรวจหลังบันทึกทุกครั้ง หากข้อมูลไม่ถูกต้อง ให้รีบดำเนินการแก้ไขภายในวันที่บันทึก ๓.๗. ตัวอย่างไฟล์ดาวน์โหลด ใบรับรองผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เชื้อโควิด 19) (เอกสารรับรองการตรวจทางห้องปฏิบัติการเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศไทย)



\*\* หากต้องการดูตัวอย่างลายเซ็นที่แสดงบนใบรับรองผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เชื้อโควิด 19) ให้ทดสอบบันทึกด้วยชื่อตนเอง เพื่อดูตำแหน่งของลายเซ็น โลโก้ร้าน และตราประทับร้าน ก่อนการใช้งานจริง\*\*

#### หมายเหตุ :

 การออกใบรับรองผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เชื้อโควิด 19) ที่มี Digital Signature ไม่รองรับ การบันทึกผลตรวจฯ แบบ Import excel file

## การแสดงผลใบรับรองแพทย์ดิจิทัล / ใบรับรองผลตรวจหาเชื้อโควิด 19 ด้วย ATK / ใบรับรองผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เชื้อโควิด 19) ของผู้รับบริการ

#### ๑. การแสดงผลบน Application หมอพร้อม

#### ๑.๑ แบบมี Digital Signature

- เมนู เอกสารรับรองทางการแพทย์

- ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล

หน้าจอแสดงรายการใบรับรองแพทย์ดิจิทัล / ใบรับรองใบรับรองผลตรวจหาเชื้อโควิด 19 ด้วย ATK / ใบรับรองผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เชื้อโควิด 19) ที่มี Digital Signature



เมือกดปุ่ม "Download PDF" จะแสดงไฟล์ที่มี Digital Signature

ເຊິ່ງ ແລະ	เอกสารร้ ค้วยชุคตร	รับรองการตรวร เวจ Antigen Test	ทชื <mark>่อไวรัสโคโรน</mark> Kit (ATK) vองประ	<b>า 2019</b> ะเทศไทย	
	(ТН	AILAND NATIONAL	CERTIFICATE OF CO	VID-19 TES	T BY ATK)
ชื่อ-นามลกุล Name - Lost nome Sex Sex เมายและบัตรประชาชน ID Card Number ที่อยู่		วัน/เดือน/ปี Date of Bir เลขที่หนังคือ Passport N	กิด th เดินทาง umber	l	
วันและเวลาออกภายงาม (Date and Time of Report ssuance)	ชื่อหลิดภัณฑ์ (Name of Test Kit)	ประเภทผลิตภัณฑ์ (Type of Test Kit)	NAN158539 (Test Result)	สถานที่ตรวจ	i (Laboratory
26 (11.8), 2865 11:14 26 Apr 2022 11:14 AM	Flowflex SARS-CoV-2 Antigen Rapid Test (Nasol/Saliva) (T 6400208) (ACON Biotech (Hangzhou) Co., Ltd,	Home: Use	ไม่พบ (Negative)	,	
QR code สำหรับ	การเดินทางเข้าประเทศที่เพื่อม	ต่อกับระบบของสหภาพย์ไร	1/FU Diaital COVID-19	Certificate FU	DDC)
		20 ILLE 2005 11:14 26 Apr 2022 11:14 AM Autocorreno menor			
	(Dote)	and time of Report Issu	(ance)		
ลงชื่อผู้ออกใบรับรอง (Sigr เลขที่ไบอนุญาตการประกร	rature of the Certifying Office เบวิชาวชีพ (License number)	0			ทับร้าน
หมายเหตุ : หากข้อมูลในเ Remark : in case of date	อกสารรับรองไม่ถูกต้อง กรุณาติง a correction, please contact t	ดต่อ สถานที่ตรวจ เพื่อตรวจเ the Laboratory site	<i>ขอบแก้ไขข้อมูลตั้งกล่าว</i>		

๑.๒ แบบไม่มี Digital Signature (สำหรับผู้ไม่ได้รับสิทธิออกใบรับรองดิจิทัล)

- เมนู เอกสารรับรองทางการแพทย์
- ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล
- RT-PCR, ATK

หน้าจอแสดงใบรับรองผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เชื้อโควิด 19) / ใบรับรองใบรับรองผลตรวจหาเชื้อ โควิด 19 ด้วย ATK แบบไม่มี Digital Signature



n Maria Agusta a tao bahag dikar ng amatan bela taon natar ng ambigkanan tao kipaka ng dan na dan akarama belagakan

•

•

## ๒. การแสดงผลบน Line OA หมอพร้อม

- เมนู ใบรับรองสุขภาพดิจิทัล
- เลือกประเภทใบรับรอง







