



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 ผู้อำนวยการสำนักสุขภาพดิจิทัล มาที่ สำนักสุขภาพดิจิทัล อาคาร 4 ชั้น 4 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

ข้อมูลหน่วยงาน

สังกัดกระทรวง/ทบวง/กรม/(โปรดระบุ)

ชื่อหน่วยบริการ/หน่วยงาน/องค์กร/.....

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.....

ข้อมูลระบบสารสนเทศที่ใช้งาน หรือ ระบบที่ต้องการเชื่อมต่อใช้งาน

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

จุดประสงค์ที่ขอรับการสนับสนุน/เชื่อมต่อระบบ/API โปรดระบุ

.....

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ระดับผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงาน

วันที่...../...../.....

