



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. ประเภทการให้บริการ บนหมอพร้อม Station ดังนี้

2.1 ระบบบันทึกผลการตรวจ ATK : การตรวจและแปลผลการตรวจคัดกรองโควิด19 ด้วยชุดตรวจ Antigen Test Self - Test Kit แก่ประชาชน บุคลากร เจ้าหน้าที่ และผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ในหน่วยงาน และรายงานผลการตรวจผ่านระบบหมอพร้อม Station

2.2 ระบบบันทึกผลการตรวจ RT-PCR : การตรวจและแปลผลการตรวจคัดกรองโควิด19 ด้วยวิธี RT-PCR แก่ประชาชน บุคลากร เจ้าหน้าที่ และผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ในหน่วยงาน และรายงานผลการตรวจผ่านระบบหมอพร้อม Station

2.3 ระบบแจ้งเตือน/ประชาสัมพันธ์ : การแจ้งเตือน เพื่อส่งแจ้งเตือนการรับบริการให้ผู้รับบริการ บน Application หมอพร้อม

2.4 ระบบการออกใบรับรองแพทย์ดิจิทัล : การใช้ Digital Signature บนใบรับรองแพทย์ดิจิทัล เพื่อกำกับ การออกใบรับรองสุขภาพดิจิทัล

3. ข้อมูลผู้ยื่นคำขอ

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

มีความประสงค์เข้าร่วมให้บริการต่างๆ บนระบบหมอพร้อม Station เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชนที่ใช้ บริการข้อมูลสุขภาพบนแอปพลิเคชันหมอพร้อม ดังนี้ (โปรดเลือก)

- ระบบบันทึก ATK
 ระบบบันทึก AT-PCR
 ระบบแจ้งเตือน/ประชาสัมพันธ์
 ระบบการออกใบรับรองแพทย์ดิจิทัล

4. ข้อมูลบุคลากรทางการแพทย์ ที่เป็นผู้ให้บริการ ประจำโรงพยาบาล/หน่วยงานภาครัฐ (ผู้ประกอบวิชาชีพร่วม)
กรณาระบุรายละเอียดบุคลากรทางการแพทย์ที่ผู้ให้บริการทุกคน

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

มีความประสงค์เข้าร่วมให้บริการต่างๆ บนระบบหมอพร้อม Station เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชนที่ใช้
บริการข้อมูลสุขภาพบนแอปพลิเคชันหมอพร้อม ดังนี้ (โปรดเลือก)

- ระบบบันทึก ATK
- ระบบบันทึก AT-PCR
- ระบบแจ้งเตือน/ประชาสัมพันธ์
- ระบบการออกใบรับรองแพทย์ดิจิทัล

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

มีความประสงค์เข้าร่วมให้บริการต่างๆ บนระบบหมอพร้อม Station เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชนที่ใช้
บริการข้อมูลสุขภาพบนแอปพลิเคชันหมอพร้อม ดังนี้ (โปรดเลือก)

- ระบบบันทึก ATK
- ระบบบันทึก AT-PCR
- ระบบแจ้งเตือน/ประชาสัมพันธ์
- ระบบการออกใบรับรองแพทย์ดิจิทัล

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

มีความประสงค์เข้าร่วมให้บริการต่างๆ บนระบบหมอพร้อม Station เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชนที่ใช้
บริการข้อมูลสุขภาพบนแอปพลิเคชันหมอพร้อม ดังนี้ (โปรดเลือก)

- ระบบบันทึก ATK
- ระบบบันทึก AT-PCR
- ระบบแจ้งเตือน/ประชาสัมพันธ์
- ระบบการออกใบรับรองแพทย์ดิจิทัล

ข้อตกลงการรักษาข้อมูลที่เป็นความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล

ผู้ขอใช้บริการ หมายถึง ผู้ยื่นคำขอ และ/หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพร่วม และรวมถึง หน่วยงาน หรือ บริษัท ที่ซึ่งผู้ยื่นคำขอ ระบุไว้ใน แบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วม Mohprompt Station สำหรับโรงพยาบาล/หน่วยงานภาครัฐ ในฉบับนี้ โดยให้สัญญา ตกลงจะรักษาความลับข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการ อาทิ รายการ และ/หรือรายละเอียด และ/หรือภาพ และ/หรือข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล 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 เภสัชกร คนจำหน่ายยานางผดุงครรภ์ ผู้พยาบาล นักบวช หมอความ ทนายความหรือผู้สอบบัญชี หรือ โดยเหตุที่เป็นผู้ช่วยในการประกอบอาชีพนั้น แล้วเปิดเผยความลับนั้นในประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

□ ตกลงรักษาข้อมูลที่เป็นความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล

ขอรับรองว่า ข้อมูลที่ระบุในแบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วม Mohprompt Station เป็นความจริงทุกประการ และได้แนบเอกสารที่มีการลงลายมือชื่อ**ผู้ขอใช้บริการ** 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 (รวม 1 ชุด)
2. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ของบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ให้บริการ ประจำหน่วยงาน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ทุกคน (รวม 1 ชุด)
3. แบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วม Mohprompt Station สำหรับโรงพยาบาล/หน่วยงานภาครัฐ (1 ชุด)
ทั้งนี้ เอกสารหลักฐานทุกฉบับขอให้บันทึกเป็นไฟล์นามสกุล .pdf เท่านั้น เพื่อป้องกันการปลอมแปลงและแก้ไข

เพิ่มเติม ข้อมูลบุคลากรทางการแพทย์ ที่เป็นผู้ให้บริการ ประจำโรงพยาบาล/หน่วยงานภาครัฐ (ผู้ประกอบการวิชาชีพร่วม)
กรณาระบุรายละเอียดบุคลากรทางการแพทย์ที่ผู้ให้บริการทุกคน

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

มีความประสงค์เข้าร่วมให้บริการต่างๆ บนระบบหมอพร้อม Station เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชนที่ใช้
บริการข้อมูลสุขภาพบนแอปพลิเคชันหมอพร้อม ดังนี้ (โปรดเลือก)

- ระบบบันทึก ATK
- ระบบบันทึก AT-PCR
- ระบบแจ้งเตือน/ประชาสัมพันธ์
- ระบบการออกใบรับรองแพทย์ดิจิทัล

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

มีความประสงค์เข้าร่วมให้บริการต่างๆ บนระบบหมอพร้อม Station เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชนที่ใช้
บริการข้อมูลสุขภาพบนแอปพลิเคชันหมอพร้อม ดังนี้ (โปรดเลือก)

- ระบบบันทึก ATK
- ระบบบันทึก AT-PCR
- ระบบแจ้งเตือน/ประชาสัมพันธ์
- ระบบการออกใบรับรองแพทย์ดิจิทัล

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

มีความประสงค์เข้าร่วมให้บริการต่างๆ บนระบบหมอพร้อม Station เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชนที่ใช้
บริการข้อมูลสุขภาพบนแอปพลิเคชันหมอพร้อม ดังนี้ (โปรดเลือก)

- ระบบบันทึก ATK
- ระบบบันทึก AT-PCR
- ระบบแจ้งเตือน/ประชาสัมพันธ์
- ระบบการออกใบรับรองแพทย์ดิจิทัล