แบบฟอร์มการขอใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลสำหรับหน่วยงานในสังกัด สป. สธ
สำนักสุขภาพดิจิทัล

version 2568/08/27

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลผู้ขอใช้บริการ

ข้อมูลหน่วยงาน สังกัดกระทรวง/กรม/(โปรดระบุ)

1.1 ชื่อหน่วยงานบริการ/หน่วยงาน/องค์กร.....รหัสหน่วยงานบริการ 9 หลักใหม่.....
ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....อาคาร.....ซอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
ชื่อระบบสารสนเทศหน่วยบริการ (HIS: Hospital information system).....

ข้อมูลผู้ติดต่อประสานงานทางด้านเทคนิค (Administrator)

1.2 ชื่อ - นามสกุล(ภาษาไทย).....ตำแหน่ง.....
ชื่อ - นามสกุล(อังกฤษ).....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
เบอร์มือถือ.....เบอร์สำนักงาน.....
อีเมล(E-mail).....Line ID.....

ส่วนที่ 2 : รายละเอียดของบริการ

รายละเอียดการขอใช้บริการ

2.1 การขอใช้แพลตฟอร์ม
-ขอ Admin/ User Account สำหรับใช้งานแพลตฟอร์ม (กรุณากรอกข้อมูลข้อ 2.2-2.3)
-ขอใช้งาน API (กรุณากรอกข้อมูลข้อ 2.4-2.6)

2.2 จุดประสงค์การขอใช้บริการ

☐ ขอใช้บริการใหม่ ☐ ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงข้อมูล.....

2.3 รูปแบบการใช้งาน

☐ MOPH IMMUNIZATION DASHBOARD ☐ MOPH APPOINTMENT CENTER ☐ MOPH PHR DASHBOARD ☐ MOPH Refer
☐ MOPH PHR VIEWER ☐ MOPH ALERTING ☐ MOPH IDP ADMIN ☐ MOPH CCM
☐ MOPH Notify ☐ MOPH Refer สำหรับผู้ดูแลระบบสูงสุด (Super Admin) ☐ MOPH Refer สำหรับอนุมัติแทนผู้อำนวยการ
☐ อื่นๆ .....

2.4 API ระบบที่ต้องการใช้งาน

☐ HealthID ☐ ProviderID ☐ PHR ☐ MOPH Refer
☐ อื่นๆ .....

2.5 กรุณากรอกรายละเอียดระบบงาน

ชื่อระบบ : .....
Public IP : .....
Redirect URL : .....
จุดประสงค์การเชื่อมต่อ :.....

☐ ล็อกอิน ☐ ขอชุดข้อมูล (Profiles : HealthID , ProviderID) กรุณาระบุข้อ 2.6
☐ ใช้ QR HealthID และ Authen code บน Kiosk ☐ ขอชุดข้อมูล PHR
☐ ขอนำเข้าข้อมูล PHR ☐ ขอใช้ API ออกใบรับรองแพทย์

ส่วนที่ 2 : รายละเอียดของบริการ (ต่อ)

รายละเอียดการขอใช้บริการ

2.6 เลือกชุดข้อมูล (Profiles) ที่ต้องการ

ข้อมูลบุคคล (HealthID และ ProviderID)

- ☐ เลขบัตรประชาชน
- ☐ วันเดือนปีเกิด
- ☐ ระดับความน่าเชื่อถือ
- ☐ ชื่อ- นามสกุล
- ☐ ที่อยู่

ข้อมูลการทำงาน (ProviderID)

- ☐ ตำแหน่ง/วิชาชีพ
- ☐ สังกัดหน่วยงาน

ส่วนที่ 3 : ข้อกำหนดและเงื่อนไขการให้บริการ

3.1 ขอให้หน่วยงานกรอกแบบฟอร์มการขอใช้แพลตฟอร์มดิจิทัล ของสำนักสุขภาพดิจิทัลทุกช่อง พร้อมทั้งให้มีการลงนามรับรองจากผู้บริหารระดับสูงในหน่วยงาน

3.2 ให้ส่งหนังสือราชการพร้อมแนบเอกสารแบบฟอร์มการขอใช้แพลตฟอร์มดิจิทัล ของสำนักสุขภาพดิจิทัล ตามข้อ 3.1 และ 3.2

3.3 กรณีขอใช้งาน MOPH CCM ให้แนบเอกสารเพิ่ม ดังนี้
- 3.3.1 คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการสื่อสารองค์กร
- 3.3.2 คำสั่งแต่งตั้งบรรณาธิการสื่อสารองค์กร เพื่ออนุมัติการส่ง content ผ่านระบบ MOPH CCM
- 3.3.3 สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับผิดชอบ MOPH CCM

3.4 กรณีขอใช้งาน MOPH Alert ต้องมีคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบ MOPH Alert ของโรงพยาบาลและสำเนาบัตรประชาชน

3.5 กรณีขอใช้งาน MOPH Notify ต้องมีคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบ MOPH Notify ของโรงพยาบาลและสำเนาบัตรประชาชน

3.6 กรณีขอใช้งาน MOPH Refer สำหรับผู้ดูแลระบบสูงสุด (Super Admin) ต้องมีคำสั่งแต่งตั้งผู้ดูแลระบบสูงสุด (Super Admin) ของโรงพยาบาลและสำเนาบัตรประชาชน

3.7 กรณีขอใช้งาน MOPH Refer สำหรับอนุมัติแทนผู้อำนวยการ ต้องมีคำสั่งแต่งตั้งผู้อนุมัติแทนผู้อำนวยการ ของโรงพยาบาลและสำเนาบัตรประชาชน

3.8 ต้องปฏิบัติตามมาตรการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ตามพระราชบัญญัติข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 พระราชบัญญัติการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ พ.ศ. 2562 และกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเคร่งครัด และยินยอมรับผิดชอบกรณีเกิดความเสียหายอันเนื่องมาจากการไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กรมการปกครองกำหนดโดยไม่มีข้อโต้แย้งใด ๆ ทั้งสิ้น

โดยเรียน ผู้อำนวยการสำนักสุขภาพดิจิทัล มาที่ สำนักสุขภาพดิจิทัล อาคาร 6 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 หรือ สแกนเอกสารเป็นไฟล์นามสกุล .pdf ส่งมาที่ ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ provider.id@moph.go.th

สำหรับเจ้าหน้าที่ สำนักสุขภาพดิจิทัล
วันที่รับเรื่อง(วัน/เดือน/ปี).....
ผู้รับเรื่อง.....
ตำแหน่ง.....

ลงนามผู้ขอใช้บริการ
ข้าพเจ้ายอมรับและปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ระบุไว้

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

(ผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงาน)

วันที่...../...../.....

ตัวอย่างคำสั่งที่เกี่ยวข้อง