



แบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วม MOH PROMPT Station
สำหรับ หน่วยงานส่วนกลาง ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

1. ข้อมูลหน่วยงาน

ชื่อหน่วยงาน.....รหัสหน่วยบริการ 5 หลัก(ถ้ามี).....
สังกัด กอง.....กรม.....
ชื่อผู้ได้รับอนุญาต (ตำแหน่งผู้อำนวยการ)
เลขประจำตัวประชาชน.....
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ (ถ้ามี).....
เบอร์โทรศัพท์(ที่ติดต่อได้).....Email-address.....

2. ข้อมูลบุคลากรทางการแพทย์ ที่เป็นผู้ดำเนินการประจำหน่วยงาน

กรุณาระบุรายละเอียดบุคลากรทางการแพทย์ที่ผู้ดำเนินการทุกคน

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

มีความประสงค์เข้าร่วมให้บริการตรวจและแปลผลการตรวจคัดกรองโควิด19 ด้วยชุดตรวจ Antigen Test Self - Test Kit แก่บุคลากร เจ้าหน้าที่ และผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆในหน่วยงาน และรายงานผลการตรวจผ่านระบบ MOH PROMPT Station เพื่อแสดงผลใน Application หมอพร้อม ของกระทรวงสาธารณสุข ต่อไป

ข้อตกลงการรักษาข้อมูลที่เป็นความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล

ผู้ขอใช้บริการ หมายถึง ผู้ยื่นคำขอ และรวมถึง หน่วยงาน หรือ บริษัท ที่ซึ่งผู้ยื่นคำขอ ระบุไว้ใน แบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วม MOH PROMPT Station สำหรับ หน่วยงานส่วนกลาง ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 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 คนจำหน่ายยา นางผดุงครรภ์ ผู้พยาบาล นักบวช หมอความ ทนายความหรือผู้สอบบัญชี หรือ โดยเหตุที่เป็นผู้ช่วยในการประกอบอาชีพนั้น แล้วเปิดเผยความลับนั้นในประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

□ ตกลงรักษาข้อมูลที่เป็นความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล

ขอรับรองว่า ข้อมูลที่ระบุในแบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วม MOH PROMPT Station เป็นความจริงทุกประการ และได้แนบเอกสารที่มีการลงลายมือชื่อผู้ขอใช้บริการ บนเอกสารทุกฉบับ มาพร้อมกับแบบแสดงเจตจำนงฯ ฉบับนี้แล้ว

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ระดับผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงาน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เอกสารหลักฐาน

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ได้รับอนุญาต และบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ดำเนินการประจำหน่วยงาน ทุกคน (รวม 1 ฉบับ)
2. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ของบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ดำเนินการประจำหน่วยงาน ทุกคน (รวม 1 ฉบับ)
3. แบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วม MOH PROMPT Station สำหรับ หน่วยงานส่วนกลาง ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (1 ฉบับ)

ทั้งนี้ เอกสารหลักฐานทุกฉบับขอให้บันทึกเป็นไฟล์นามสกุล .pdf เท่านั้น เพื่อป้องกันการปลอมแปลงและแก้ไข