



แบบคำขอใช้บริการ หมอพร้อม API

ข้อมูลหน่วยบริการ

ชื่อหน่วยบริการ.....รหัสหน่วยบริการ (5 หลัก)

ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่อาคาร ซอย

ถนน.....แขวง/ตำบลเขต/อำเภอ

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ชื่อผู้ประสานงาน(Admin/ผู้ดูแลระบบ)

- ชื่อ-สกุล:..... ตำแหน่ง
- เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้..... E-mail:.....
- line ID:.....
- ชื่อ-สกุล:..... ตำแหน่ง
- เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้..... E-mail:.....
- line ID:.....

รายละเอียดการขอใช้บริการ หมอพร้อม API

ที่อยู่เว็บไซต์ของหน่วยบริการ (URL) เช่น <https://pth.moph.go.th> , <https://bps.moph.go.th>

.....

ชื่อ Parameter สำหรับ Line ID เช่น https://pth.moph.go.th/que_register.php?regis=

.....

.....

ลงนามผู้ขอใช้บริการ.....

(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ.....

วันที่/...../.....

ขอให้จัดส่งเอกสารที่ผู้บริหารลงนามเรียบร้อยแล้วในรูปแบบ PDF File
 ทาง Email : spd.digitalhealth@gmail.com พร้อมส่งหนังสือราชการและ
 แบบฟอร์มฉบับจริง เรียน ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
 มาที่กองยุทธศาสตร์และแผนงาน อาคาร 4 ชั้น 4 สำนักงานปลัดกระทรวง
 สาธารณสุข ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม : กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ โทร 02-590-1493,1495