

5. กรอกข้อมูลคลินิก/โรงพยาบาลให้ครบถ้วนตามใบประกอบข  
รอตอบกลับภายใน 2-3 วันทำการตามอีเมลที่ส่งเอกสาร

### 5.1 ระบุอีเมลที่ใช้ในการรับ/ส่งเอกสาร

ฟอร์มขอรหัสหน่วยบริการสุขภาพ (เอกชน)

1. แบบหลักฐานเพิ่มเติมส่งทาง Email

hcode.moph@moph.go.th

1. ลว. /

2. สำเนา ลว.19

ส่งมาเป็นไฟล์นามสกุล PDF หรือ รูปภาพ ก็เป็นอันใช้ได้จน แล.ถือหนังสือรับรองสำเนาถูกต้อง

📌หมายเหตุ: ลว.7 และ ลว.9 ถือว่ายื่นไม่เอาด้วย

ช่องเอกสารท่านเอง

เอกสาร\*

อีเมลเดียวกันกับอีเมลที่ใช้ในการรับ/ส่งเอกสาร/แจ้งผล

## 5.2 ข้อมูลหน่วยงาน (\* ต้องกรอกข้อมูล)

ข้อมูลหน่วยงาน

ชื่อหน่วยงานบริการสุขภาพ \*

ประเภทหน่วยงาน \*

เลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (ร.พ.ร.) \*

วันที่เปิดบริการ \*

จำนวนเตียงให้บริการ

ข้อมูล

ชื่อ

นามสกุล

ตำแหน่ง

เบอร์โทรศัพท์

ชื่อ

นามสกุล

ตำแหน่ง

เบอร์โทรศัพท์

กรอกข้อมูล ให้ตรงกับ ร.พ.ร. ทั้งชื่อและที่ตั้ง

กรณี ที่ไม่ได้อยู่ที่คลินิก ณ ขณะที่กำลังกรอกข้อมูล สามารถกรอกชื่อและที่ตั้งของ ร.พ.ร. ที่สังกัดได้

[illegible]

### 5.3 ข้อมูลผู้ประสานงานกรณีเจ้าหน้าที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

ผู้ประสานงาน

ชื่อ-สกุล \*

ชื่อเล่น/นาม \*

อีเมล \*

เบอร์โทรศัพท์ \*

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน

ยกเลิก

ยืนยัน

5.4 ตรวจสอบข้อมูลและกดยืนยัน พร้อมส่งสำเนา ส.พ.7 และ ส.พ.19 แบบชัดเจน ไม่เบลอ ไม่  
หมดอายุ มาที่อีเมล [hcode.moph@moph.go.th](mailto:hcode.moph@moph.go.th) ตามข้อ 5.1

**หมายเหตุ :** หากเจ้าหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลแล้วต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม จะติดต่อกลับทางอีเมลที่แจ้งไว้  
กรุณาตรวจสอบอีเมล (อีเมลขยะ) และหากข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน  
เจ้าหน้าที่จะแจ้งรหัส 5 หลัก ตอบกลับไปที่อีเมลที่ส่งเอกสารเท่านั้น