

5. กรอกข้อมูลคลินิก/โรงพยาบาลให้ครบถ้วนตามใบประกอบข
รอตอบกลับภายใน 2-3 วันทำการตามอีเมลที่ส่งเอกสาร

5.1 ระบุอีเมลที่ใช้ในการรับ/ส่งเอกสาร

ฟอร์มขอรหัสหน่วยบริการสุขภาพ (เอกชน)

L

1. แบบหลักฐานเพิ่มเติมส่งทาง Email hcode.moph@moph.go.th

1 สบ./

2 สัปดาห์ สบ./9

สงวนเป็นทรัพย์สินของ PBF หรือ มูลนิธิ ที่คืนมิใช่ของบริจาค และถือเป็นส่วนรวมสำนักงานกฤษฎีกา

☛ หมายเลข: สบ.7 และ สบ.9 ถือว่าเป็นเอกสาร

ช่องเอกสารทางตรง

เอกสาร*

อีเมลเดียวกันกับอีเมลที่ใช้ในการรับ/ส่งเอกสาร/แจ้งผล

5.2 ข้อมูลหน่วยงาน (* ต้องกรอกข้อมูล)

[illegible]

ค้นหาแบบละเอียด หากพบว่ามีข้อมูลผิดพลาดในการสุภาพณ์ กรุณาแก้ไขก่อน
 ชื่อเรื่อง * เลขบัญชี *

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 ไม่หมดอายุ มาที่อีเมล hcode.moph@moph.go.th ตามข้อ 5.1

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