


5. กรอกข้อมูลคลินิก/โรงพยาบาลให้ครบถ้วนตามใบประกอบข
รอตอบกลับภายใน 2-3 วันทำการตามอีเมลที่ส่งเอกสาร

5.1 ระบุอีเมลที่ใช้ในการรับ/ส่งเอกสาร


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

1. ลว. /
 2. สำเนา ลว.19

หมายเหตุ: สำหรับแบบสรุป PBF หรือ รูปถ่าย ที่ยื่นเมื่ออยู่ติดขอบ และ ก้อนหินบริเวณช่องสำเนาถูกปิด
 ♦ หมายเลข ลว.7 และ ลว.9 ก้อนยังไม่ได้เคลือบ

ช่องเอกสารด้านตรง
เอกสาร*

อีเมลเดียวกันกับอีเมลที่ใช้ในการรับ/ส่งเอกสาร/แจ้งผล

5.2 ข้อมูลหน่วยงาน (* ต้องกรอกข้อมูล)

ข้อมูลหน่วยงาน

ชื่อหน่วยงานบริการสุขภาพ *

ประเภทหน่วยงาน *

เลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (ร.พ.ร.) *

วันที่เปิดบริการ *

จำนวนเตียงให้บริการ

ชื่อผู้ป่วย

ชื่อ

นามสกุล

วันเกิด

เพศ

เลขประจำตัวประชาชน

วันที่รับบริการ

ชื่อแพทย์

ชื่อพยาบาล

ชื่อเภสัชกร

กรอกข้อมูล ให้ตรงกับ ร.พ.ร. ทั้งชื่อและที่ตั้ง

กรณี ที่ไม่ได้อยู่ที่คลินิก ณ ขณะที่กำลังกรอกข้อมูล สามารถกรอกชื่อและนามสกุลของแพทย์ พยาบาล หรือ เภสัชกร ที่ปฏิบัติงาน ณ ร.พ.ร. ได้

ค้นหาหน่วยงาน ค้นหาหน่วยงานที่ต้องการดูภาพ วิดีโอ และเนื้อหาอื่น ๆ

ชื่อหน่วยงาน * จังหวัด *

5.3 ข้อมูลผู้ประสานงานกรณีเจ้าหน้าที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

ผู้ประสานงาน

ชื่อ-สกุล *

ชื่อเล่น *

นามสกุล

นาม

อีเมล *

เบอร์โทรศัพท์ *

อีเมล

เบอร์โทรศัพท์

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน

ตกลง

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