

แบบฟอร์มการแจ้งแก้ไขข้อมูลรหัสหน่วยงานบริการสุขภาพ
(ตามมติ อ.ก.พ.สป. / สังกัด สป.สธ.)

รหัส 5 หลัก..... ชื่อหน่วยงานบริการสุขภาพ.....

1. ☐ แก้ไขชื่อหน่วยงานบริการสุขภาพ

ชื่อเดิม.....
แก้ไขเป็น.....

2. ☐ แก้ไขที่ตั้งของหน่วยงานบริการสุขภาพ

ที่ตั้งเดิม เลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....ซอย.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
ที่ตั้งใหม่ เลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....ซอย.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ (พิกัดจาก GPS) Latitude..... Longitude.....

3. ☐ ประเภทหน่วยงาน

ประเภทหน่วยงานเดิม

- | | | | |
|---|---|---|--|
| ☐ โรงพยาบาลศูนย์ | ☐ โรงพยาบาลทั่วไป | ☐ โรงพยาบาลศูนย์ | ☐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล |
| ☐ สถานีอนามัย | ☐ ศูนย์สุขภาพชุมชน/เมือง | | ☐ สถานบริการสาธารณสุขชุมชน |

แก้ไขประเภทหน่วยงานเป็น

- | | | | |
|---|---|---|--|
| ☐ โรงพยาบาลศูนย์ | ☐ โรงพยาบาลทั่วไป | ☐ โรงพยาบาลศูนย์ | ☐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล |
| ☐ สถานีอนามัย | ☐ ศูนย์สุขภาพชุมชน/เมือง | | ☐ สถานบริการสาธารณสุขชุมชน |

4. ☐ แจ้งส่งข้อมูล 43 เพิ่ม

- ☐ ส่งข้อมูล 43 เพิ่ม
- ☐ ส่งข้อมูล 43 เพิ่มเอง
- ☐ ส่งข้อมูล 43 เพิ่มร่วมกับแม่ข่าย (รหัสแม่ข่าย 5 หลัก.....)
- ☐ ไม่ส่งข้อมูล 43 เพิ่ม

5. ชื่อผู้ประสานงาน.....เบอร์โทร..... e-mail.....

6. พร้อมแนบหลักฐานประกอบการพิจารณา

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

(หัวหน้าส่วนราชการ).....

มีข้อสงสัย/สอบถาม
กรุณาติดต่อ 02 590 2388