



ที่ สธ ๐๒๐๕.๐๘/๑๕

สำนักตรวจราชการกระทรวง  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๑ มกราคม ๒๕๖๕

เรื่อง แจ้งการดำเนินการพัฒนาระบบดิจิทัลสุขภาพ เขตสุขภาพที่ ๘ ระบบ E-Donation และ ระบบ Digital Signature  
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ ๘

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารการสมัครใช้บริการ ระบบ E-Donation  
๒. เอกสารการใช้งานระบบ Digital Signature

จำนวน ๑ ชุด  
จำนวน ๑ ชุด

ด้วยเขตสุขภาพที่ ๘ มีนโยบายให้หน่วยบริการสุขภาพทุกแห่ง พัฒนาระบบดิจิทัลสุขภาพ และได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาระบบดิจิทัลสุขภาพ เขตสุขภาพที่ ๘ เพื่อจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนา บูรณาการแนวทางการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และสร้างความรู้ความเข้าใจ การดำเนินงานแก่ผู้บริหารหน่วยบริการ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ในวันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๕ ณ ห้องประชุม รวงผึ้ง สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ และ ผ่านระบบ Zoom Meeting โดยมี ผู้ช่วยรัฐมนตรีประจำกระทรวงสาธารณสุข นพ.โสภณ เมฆธน เป็นประธานการประชุม ซึ่งที่ประชุมได้มีมติเห็นชอบการขับเคลื่อนระบบดิจิทัลสุขภาพ เขตสุขภาพที่ ๘ ใน ๑๒ ประเด็น นั้น

ในการนี้ จึงขอแจ้งข้อสั่งการ เพื่อให้โรงพยาบาลทุกแห่ง ดำเนินการในระบบดิจิทัลสุขภาพ ที่สามารถดำเนินการได้โดยโรงพยาบาล ดังนี้

๑. ระบบ E – Donation วัตถุประสงค์เพื่อเชื่อมโยงการให้บริการธุรกรรมทางการเงิน ผ่าน Application ระบบหมอพร้อม และ K PLUS ธนาคารกรุงไทย เพื่อเพิ่มช่องทางรับเงินบริจาคออนไลน์ด้วย QR Code เพิ่มโอกาสเข้าถึงผู้บริจาค ลดขั้นตอนการจัดการเงินสดและการออกใบเสร็จรับเงิน ออกรายงานสรุปรายยอดเงินรับบริจาคได้ทุกสิ้นวัน และผู้บริจาคสามารถตรวจสอบข้อมูลผ่านเว็บไซต์กรมสรรพากร ในการดำเนินงานเจ้าหน้าที่ธนาคารกรุงไทย สามารถเข้าให้บริการสมัครบริการนอกสถานที่ เพื่อเพิ่มความสะดวก ในการลงนามของผู้บริหารโรงพยาบาล ขอให้ทุกโรงพยาบาลจัดเตรียมเอกสารเพื่อดำเนินการตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

๒. ระบบ Digital Signature ใช้ออกใบรับรองแพทย์ลายเซ็นดิจิทัล (MOPH Certificate) ผ่าน Application ระบบหมอพร้อม เพื่อการบริหารจัดการข้อมูลได้ง่าย ลดต้นทุนในการจัดทำเอกสาร ในการใช้งาน มีระบบการพิสูจน์และยืนยันตัวตนที่ได้รับการรับรองจากสำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (ETDA) และ WebTrust ในการใช้งานมีการยืนยันตัวบุคคลอีกครั้งก่อนลงนาม สามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือหลังจากออกเอกสารได้ทันทีด้วยตัวเอง เอกสารมีผลผูกพันทางกฎหมายรับรองตามมาตรา ๒๖ และ



มาตรา ๒๘ ตามพระราชบัญญัติว่าด้วยธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. ๒๕๔๔ ประชาชนที่ได้รับใบรับรองแพทย์ผ่านระบบ Digital สามารถแสดงข้อมูลได้จากหน้า Application หมอพร้อม จึงขอความร่วมมือให้โรงพยาบาลทุกแห่ง แพทย์ทุกท่าน สมัครเข้าใช้งาน โดยส่งแบบแสดงความจำนงใช้งาน ดังนี้

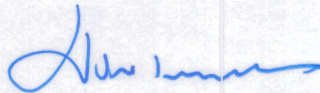
๑. สำหรับผู้ประสานงานของโรงพยาบาล ส่งแบบแสดงความจำนง ตาม Link <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScdR-lrzz๕sSojCb๘๘ZplD๘w๘๗nG๘VxRNqKEdrijoifZEBuSFw/viewform>

๒. สำหรับแพทย์ ลงทะเบียนสร้างบัญชีผู้ใช้งาน ผ่าน <http://one.th/register> หรือ Scan QR Code และส่งแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลสำหรับสร้างลายเซ็นดิจิทัลโดย Scan QR Code หรือ กรอกข้อมูลผ่าน Link <http://imoph.thaijobjob.com/>

รายละเอียดขั้นตอนการเข้าใช้งานระบบ Digital Signature (MOPH Certificate) ตามเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ ทั้งนี้ขอความร่วมมือโรงพยาบาลทุกแห่ง ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นายปราโมทย์ เสถียรรัตน์)

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘

กองตรวจราชการ

โทร ๐ ๒๕๙๐ ๑๔๗๔

## ข้อเสนอแพ็คเกจสมัครบริการ e-Donation

### วัตถุประสงค์ :

- ☐ เพื่อเชื่อมโยงการให้บริการธุรกรรมทางการเงินผ่านระบบบริจาคอิเล็กทรอนิกส์ (e-Donation) ที่ได้มาตรฐานของประเทศไทย ผ่านแอปพลิเคชันของระบบหมอพร้อม

### ผลิตภัณฑ์และบริการที่นำเสนอ : ประกอบด้วย

- ☐ บริการเปิดบัญชีนิติบุคคล (ประเภทบัญชีเงินฝากกระแสรายวันและบัญชีเงินฝากออมทรัพย์)
- ☐ บริการรับชำระเงินบริจาคผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ e-Donation
- ☐ บริการโอนเงินอัตโนมัติ (Account Link)
- ☐ บริการสมุดเช็ค
- ☐ บริการรับชำระค่าสินค้าและบริการ (Bill Payment)

### I. ขอความร่วมมือ โรงพยาบาล : โปรดดำเนินการ

- ☐ ข้อมูล "เลขที่หน่วยรับบริจาคที่ใช้ระบบ e-Donation กับ กรมสรรพากร" ( โรงพยาบาลสมัคร E-Donation กับกรมสรรพากร เพื่อขอเลขที่ตั้งกล่าว หากมีอยู่แล้วเลข Suffix จะต้องไม่ซ้ำกับที่เคยสมัครก่อนหน้านี้ทั้งกับธนาคารกสิกรไทยและธนาคารอื่นๆ)
- ☐ เอกสารประกอบการสมัครผลิตภัณฑ์และบริการ 1 ชุด ( โรงพยาบาลเป็นผู้จัดเตรียมเอกสาร )  
โรงพยาบาล :

1. เอกสารจัดตั้งโรงพยาบาล
2. หนังสือแต่งตั้ง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล
3. หนังสือแจ้งความประสงค์สมัครผลิตภัณฑ์และบริการ พร้อมระบุผู้มีอำนาจลงนาม/ส่งจ่าย/เบิกถอน (ตามตัวอย่างในเอกสารแนบ 2)

#### ผู้ที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล :

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ID CARD) ของบุคคล ดังนี้
    - 1.1) ผู้มีอำนาจลงชื่อผูกพันกับ รพ. ทุกท่าน
    - 1.2) ผู้มีอำนาจลงนามส่งจ่าย/ถอนเงิน ตามหนังสือแจ้งความประสงค์
- หมายเหตุ : เอกสารประกอบการสมัคร โปรดระบุข้อความ "เพื่อสมัครผลิตภัณฑ์ของธนาคารกสิกรไทย"

- ☐ ลงนามเอกสารใบสมัครผลิตภัณฑ์และบริการข้างต้น ( ธนาคารเป็นผู้จัดเตรียมเอกสาร )  
(ธนาคารสามารถเข้าให้บริการสมัครบริการนอกสถานที่ เพื่อเพิ่มความสะดวกในการลงนามของผู้บริหารโรงพยาบาล)



## ผลิตภัณฑ์และบริการที่นำเสนอ

### 1. บริการเปิดบัญชีนิติบุคคล

#### 1.1 รายละเอียดผลิตภัณฑ์

- บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน 2 บัญชี  
เพื่อใช้ผูกกับ บริการ e-Donation และบริการ Bill Payment
- บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ 1 บัญชีเพื่อใช้ผูกกับ บริการ Account Link เพิ่มสภาพคล่องในการบริหารจัดการเงินที่รับบริจาค

#### 1.2 กระบวนการให้บริการ

- ธนาคารเข้าไปให้บริการ ณ โรงพยาบาล

### เอกสารที่ใช้สำหรับการเปิดบัญชี นิติบุคคล (โรงพยาบาลของรัฐ)

- ตัวอย่างการกรอกเอกสาร (เอกสารแนบ3)
- แบบฟอร์มที่เกี่ยวข้องสำหรับลูกค้านิติบุคคล (เอกสารแนบ 4)

1. ใบสมัครเปิดบัญชีเงินฝาก Pre-printed form ( ธนาคารเป็นผู้จัดเตรียมไว้ให้ )
2. แบบฟอร์มข้อมูลบุคคลธรรมดา/นิติบุคคล ประกอบการให้บริการ (KYC/CDD) ( ธนาคารเป็นผู้จัดเตรียมไว้ให้ )
3. แบบฟอร์มข้อมูลนิติบุคคลประกอบการให้บริการ (KYC/CDD) สำหรับผู้ลงนามเปิดบัญชีและลงนามเบิกถอนทุกท่าน ( ธนาคารเป็นผู้จัดเตรียมไว้ให้ )
4. แบบฟอร์มแจ้งสถานะความเป็นบุคคลอเมริกัน/ไม่เป็นบุคคลอเมริกัน (FATCA) นิติบุคคล ( ธนาคารเป็นผู้จัดเตรียมไว้ให้ )
5. หนังสือให้ความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูลนิติบุคคล (Consent) ( ธนาคารเป็นผู้จัดเตรียมไว้ให้ )
6. แบบฟอร์มตัวอย่างลายมือชื่อลูกค้า Pre-printed form (สำหรับการเปิดบัญชีกระแสรายวัน /ออมทรัพย์ สกุลเงินบาท) ( ธนาคารเป็นผู้จัดเตรียมไว้ให้ )

### 2. บริการรับชำระเงินบริจาคผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ e-Donation

#### 2.1 รายละเอียดผลิตภัณฑ์

- e-Donation คือ ระบบที่กรมสรรพากรพัฒนาขึ้น เพื่อใช้รองรับข้อมูลการรับบริจาคของ โรงพยาบาล สถานศึกษา ศาสนสถาน องค์กรสาธารณกุศลอื่นๆ โดยเป็นการอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้บริจาคให้สามารถใช้สิทธิลดหย่อนภาษีได้โดยไม่ต้องนำหลักฐานการบริจาคมาแสดงต่อกรมสรรพากร ซึ่งธนาคารได้พัฒนาระบบ QR Payment เพื่อรองรับเงินบริจาค e-Donation และเชื่อมโยงการส่งข้อมูลไปยังกรมสรรพากร

#### จุดเด่นบริการ :

- ☐ เพิ่มช่องทางรับเงินบริจาคออนไลน์ด้วย QR code



- ☐ เพิ่มโอกาสเข้าถึง ผู้บริจาค ที่เข้าใช้แอปพลิเคชัน หมอพร้อม และ K PLUS
- ☐ ลดขั้นตอนการจัดการเงินสดและการออกไปเสร็จ
- ☐ สะดวกกับผู้บริจาค โดยสามารถใช้สิทธิลดหย่อนภาษี 2 เท่าได้อัตโนมัติ
- ☐ สะดวกด้วยบริการรายงานสรุปยอดเงินบริจาคให้ทุกสิ้นวัน
- ☐ ผู้บริจาคสามารถตรวจสอบข้อมูลการบริจาคผ่านเว็บไซต์กรมสรรพากรได้หลังจากบริจาค 3-4 วันทำการ

## 2.2 ข้อเสนอพิเศษ

- จัดทำสื่อ e-Donation ประเภทต่างๆ เพื่อให้โรงพยาบาลใช้ประชาสัมพันธ์ ได้แก่ สื่อประเภทป้าย ป้าย QR code เพื่อวาง ณ จุดรับบริจาค ทั้งแบบขนาดตั้งโต๊ะ และ แบบ Standee สำหรับวาง Outdoor

## 3. บริการโอนเงินอัตโนมัติ (Account Link)

### 3.1 รายละเอียดผลิตภัณฑ์

- บริการโอนเงินอัตโนมัติ (Account Link) เป็นบริการโอนเงินอัตโนมัติ (ระหว่างบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ และกระแสรายวัน) เพื่อช่วยลูกค้าในการบริหารเงินให้เกิดประโยชน์สูงสุด

### 3.2 รายละเอียดและค่าธรรมเนียมบริการ

- ☐ **บริการโอนเงินกลบตัวแดง (OD Linkage)** เป็นการโอน ระหว่างวัน ทันทีที่มีการทำรายการ เพื่อให้ ยอดเงินเพียงพอต่อการทำรายการในขณะนั้น และโอนเงินเพื่อกลบยอดตัวแดงอีกครั้ง ณ สิ้นวัน เมื่อ ยอด Outstanding Balance หรือ Available Balance ของบัญชีกระแสรายวันติดลบ

**ค่าธรรมเนียม** ค่าธรรมเนียม 20 บาท/คู่บัญชี/วัน

**การหักค่าธรรมเนียม** แบบรายวัน

**ยอดเงินคงเหลือ** บัญชีออมทรัพย์ 2,000 บาท

- ☐ **บริการโอนเงินเพื่อรับดอกเบี้ย (Investment Sweep)** เป็นการโอนเงินจากบัญชีรับโอนกระแส รายวันเข้าบัญชีออมทรัพย์ ณ สิ้นวัน โดยอัตโนมัติ เพื่อรับดอกเบี้ยเงินฝาก

**ค่าธรรมเนียม** ค่าธรรมเนียม ศูนย์ บาท/คู่บัญชี/วัน

**การหักค่าธรรมเนียม** แบบรายวัน

**ยอดเงินคงเหลือ** บัญชีกระแสรายวัน 5,000 บาท

## 4. บริการสมุดเช็ค

### 4.1 รายละเอียดผลิตภัณฑ์

- เป็นบริการสำหรับลูกค้าที่มีบัญชีกระแสรายวัน โดยใช้เช็คสำหรับการสั่งจ่าย หรือถอนเงินจากบัญชี กระแสรายวัน

### 4.2 รายละเอียดและค่าธรรมเนียมบริการ



- ☐ ลูกค้าสามารถระบุเงื่อนไขการจ่ายได้ เช่น วันที่ส่งจ่ายเงิน การระบุชื่อผู้รับเงิน หรือตามความประสงค์ของลูกค้า เป็นต้น และสามารถส่งจ่ายได้ไม่จำกัดจำนวนเงิน เพื่อตอบสนองและเพิ่มความคล่องตัวต่อการทำธุรกรรม

**ค่าธรรมเนียม** 8 บาท/ฉบับ (สมุดเช็คเล่มละ 160 บาท)

## 5. บริการรับชำระค่าสินค้าและบริการ (Bill Payment)

### 5.1 รายละเอียดผลิตภัณฑ์

- บริการรับชำระค่าสินค้าและบริการ (Bill Payment) เป็นบริการที่อำนวยความสะดวกให้แก่ลูกค้าของผู้ใช้บริการ หรือผู้ที่ประสงค์จะชำระเงินให้แก่ผู้ให้บริการ ("ผู้ชำระเงิน") ในการชำระค่าสินค้า/บริการให้แก่ผู้ให้บริการผ่านช่องทางต่างๆ

### 5.2 รายละเอียดและค่าธรรมเนียมบริการ

- ☐ ช่องทางการรับชำระบิลข้ามธนาคาร (Cross Bank Bill Payment)
- ☐ มีรายงานให้ลูกค้าตรวจสอบรายการรับชำระเงินจากลูกค้า เพื่อช่วยให้ปล่อยสินค้าหรือนำไปลดยอดค้างชำระของลูกค้าแต่ละราย ได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น

**ค่าธรรมเนียม** ค่าธรรมเนียม 5 บาท/รายการ

## ตัวอย่างหนังสือแจ้งความประสงค์สมัครผลิตภัณฑ์และบริการ

กระต่ายหัวครุฑของโรงพยาบาล

ที่ ...../๒๕๖๕

วันที่ ..... มกราคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเปิดบัญชีเงินฝากและ สมัครใช้ผลิตภัณฑ์/บริการอื่นๆ กับธนาคาร  
เรียน ผู้จัดการบริษัท ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน)

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือโครงการ หมอพร้อม ระหว่าง กระทรวง  
สาธารณสุข กับบริษัท ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) นั้น

โรงพยาบาล..... จึงมีความประสงค์ขอเปิดบัญชีเงินฝาก และสมัครใช้  
ผลิตภัณฑ์/บริการอื่นๆ กับบริษัท ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) ดังนี้

๑. เปิดบัญชีเงินฝาก ประเภทบัญชีเงินฝากกระแสรายวัน จำนวน ๒ บัญชี และบัญชีเงินฝากออมทรัพย์  
จำนวน ๑ บัญชี  
ชื่อบัญชี ภาษาไทย .....  
ชื่อบัญชี ภาษาอังกฤษ .....  
สาขาเจ้าของบัญชี : .....
๒. สมัครใช้บริการรับชำระเงินบริจาคผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ (e-Donation)
๓. สมัครใช้บริการโอนเงินอัตโนมัติ (Account Link)
๔. สมัครใช้บริการสมุดเช็ค เพื่อใช้กับบัญชีเงินฝากกระแสรายวัน
๕. สมัครใช้บริการรับชำระค่าสินค้าและบริการ (Bill Payment)
๖. ผู้มีอำนาจลงนามสั่งจ่ายเบิกถอน ได้แก่  
นาย.....  
นาย.....  
นาย.....  
โดยมีเงื่อนไขการสั่งจ่าย .....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

( ..... )  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ผู้ประสานงานโรงพยาบาล: คุณ..... โทร.....

ให้ชื่อก่อน **[ST1]**: ข้อ ๕ - ๖ โปรดระบุรายชื่อผู้มีอำนาจลงนามสั่งจ่าย  
พร้อมเงื่อนไข : ตย. เช่น ผู้มีอำนาจลงนามสั่งจ่ายเบิกถอน ได้แก่  
1.นาย ก.  
2.นาย ข.  
3.นาย ค.  
โดยกำหนดเงื่อนไขผู้มีอำนาจลงนามสั่งจ่ายร่วมกัน 2 ใน 3 ท่าน



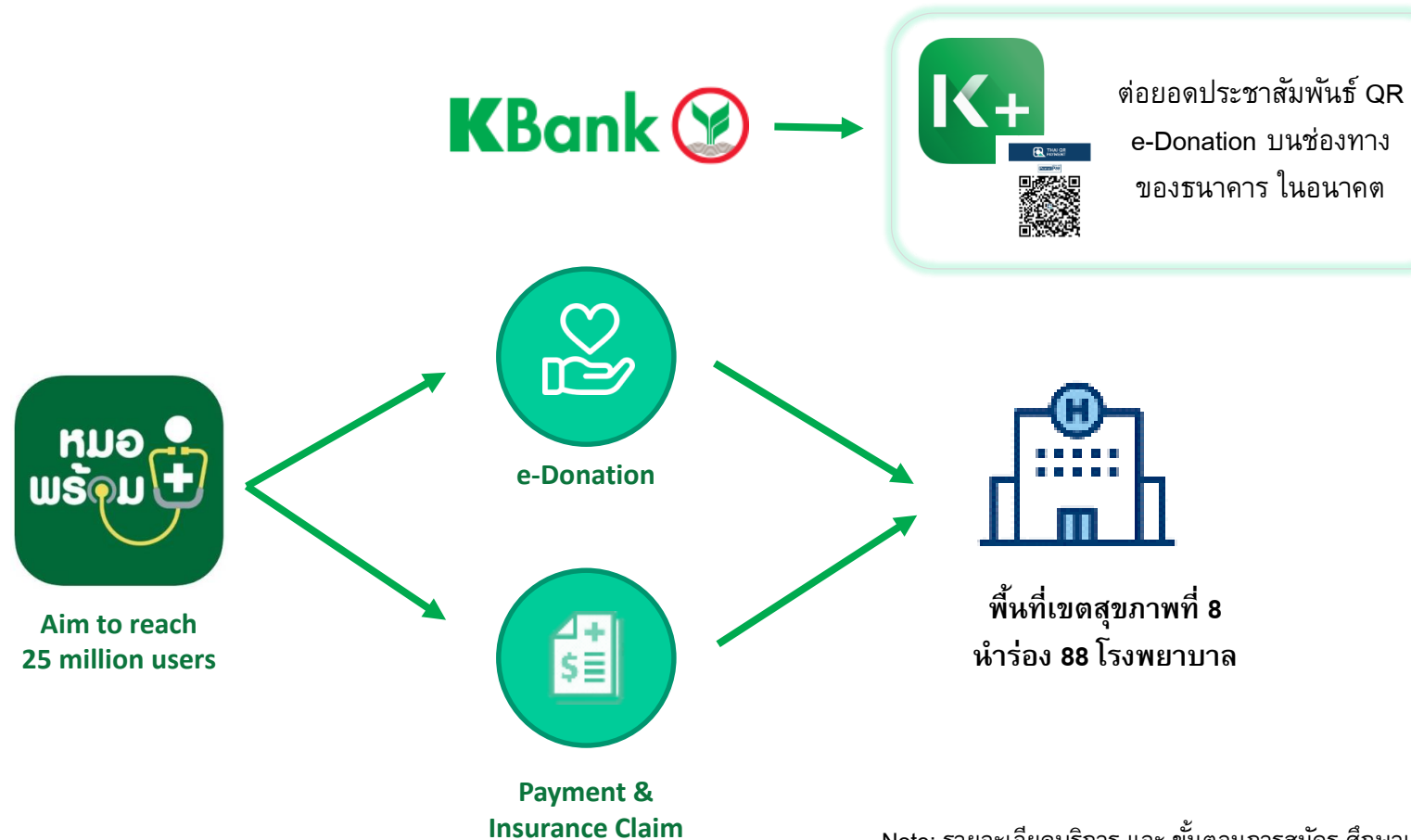


# KBANK e-Donation & online payment

## สำหรับโครงการหมอพร้อม

27/01/2022

ให้บริการบริการ E-Donation และ ระบบชำระเงิน online เพื่อรองรับบริการทางการแพทย์ผ่านหมอพร้อม แอปพลิเคชัน เช่น การรักษาทางไกล ชำระค่ายา การขอใบรับรองแพทย์ และการเคลมประกัน เป็นต้น



Note: รายละเอียดบริการ และ ขั้นตอนการสมัคร ศึกษาเพิ่มเติมได้จากเอกสาร “ข้อเสนอแพ็คเกจสมัครบริการ e-Donation”



## แพ็คเกจบริการ KBANK e-Donation และ Online payment สำหรับโครงการหมอพร้อม

เสนอ 27 ม.ค. 2565

### แพ็คเกจประกอบด้วย :



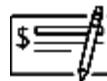
- บริการเปิดบัญชีนิติบุคคล
  - บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน
  - บัญชีเงินฝากออมทรัพย์



- บริการรับชำระเงินบริจาคผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ e-Donation
- บริการโอนเงินอัตโนมัติ (Account Link)



- บริการรับชำระค่าสินค้าและบริการ (Bill Payment)



- บริการสมุดเช็ค



### การบริการ

ส่งเจ้าหน้าที่ธนาคารเข้าให้บริการสมัครผลิตภัณฑ์  
ในแพ็คเกจ ณ โรงพยาบาล

ช่องทางบริการ call center สำหรับ e-Donation โครงการหมอพร้อม  
สอบถามเพิ่มเติม โทร. 02 888 8822 กด 3 กด 1

บริการทุกระดับประทับใจ



# e-Donation

ระบบบริจาคอิเล็กทรอนิกส์



เป็นระบบที่ช่วยรวบรวมข้อมูลการรับบริจาค  
ของ โรงพยาบาล สถานศึกษา ศาสนสถาน องค์กรสาธารณกุศล  
เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้บริจาค ให้สามารถใช้สิทธิ  
ประโยชน์ ทางภาษีได้ โดยไม่ต้องเก็บหลักฐานการบริจาค มาแสดงต่อ  
เจ้าหน้าที่ ซึ่งจะช่วยให้ผู้บริจาคได้รับเงินคืนภาษีได้อย่างรวดเร็วขึ้น

(source :กรมสรรพากร)

บริการของธนาคารที่เกี่ยวข้อง

บริการรับชำระเงินบริจาคผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ e-Donation

บริการทุกระดับประทับใจ

## ประโยชน์ที่ได้จาก e-Donation

### โรงพยาบาล

- ข้อมูล ถูกจัดเก็บบนระบบ e-Donation ทันที
- ไม่ต้องจัดทำหลักฐานการบริจาค แบบกระดาษ และไม่ต้องเก็บสำเนา หลักฐานการรับบริจาค
- เข้าดูข้อมูลการรับบริจาคได้ 24 ชม.
- สร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้บริจาค

### ผู้บริจาค

- อำนวยความสะดวกในการบริจาคผ่าน Mobile Banking ไม่ต้องใช้เงินสด
- ไม่ต้องเก็บหลักฐานการบริจาค
- ได้ลดหย่อนภาษีและเงินคืนภาษีเร็วขึ้น
- ตรวจสอบข้อมูลการบริการได้ 24hr ผ่าน [www.rd.go.th](http://www.rd.go.th)

### กรมสรรพากร

- เชื่อมโยงข้อมูลผู้เสียภาษี ที่ยื่นแบบ ฯ ผ่าน internet โดยอัตโนมัติ
- รวบรวมข้อมูลเงินบริจาคเข้าสู่ระบบ
- ลดระยะเวลาปฏิบัติงานคืนภาษีของ เจ้าหน้าที่ (กรณีขอเอกสารเพิ่ม)

บริการทุกระดับประทับใจ



## กระบวนการ สำหรับ โรงพยาบาล

### 1. การลงทะเบียน ใช้งาน ระบบ e-Donation กับ กรมสรรพากร

#### ขั้นตอนสมัครเข้าระบบ e-Donation

- ✓ ลงทะเบียน และขอเลขประจำหน่วยบริจาค eDonation จากกรมสรรพากร
- ✓ รับ User ID + Password เพื่อสมัครสมาชิกระบบ
- ✓ ลงทะเบียนหน่วยในเว็บ <https://epayapp.rd.go.th/rd-edonation/portal/landing>
- ✓ รับใบลงทะเบียนระบบ ทาง mail + ส่งเอกสารประกอบ ให้กรมสรรพากร
- ✓ กรมสรรพากร ส่ง email ยืนยันการลงทะเบียนภายใน 7 วัน

หน่วยรับบริจาคบันทึกข้อมูลผู้บริจาค(เงินสด) เข้า e-Donation เอง

- ✓ Login e-Donation <http://edonation.rd.go.th/donate>
- ✓ กรอกข้อมูลลง template
- ✓ upload data template (ระบุ ID ผู้บริจาคให้ถูกต้อง)
- ✓ Save on e-Donation / print out receipt (if request)

### 2. การลงทะเบียน รับเงินบริจาค ให้ผู้บริจาค 2 รูปแบบ

(เพื่อให้ ผู้บริจาคได้รับสิทธิทางภาษีอัตโนมัติ)

#### กรณีรับเงินสด ผู้บริจาคแจ้งว่าขอนำไปลดหย่อนภาษี

- โรงพยาบาล บันทึกข้อมูล



#### กรณีรับผ่าน QR e-Donation

- ธนาคารส่งข้อมูลให้สรรพากร



#### โรงพยาบาล สมัคร ปีป QR ทำบุญ

- ✓ เปิดบัญชี กระแสรายวัน (ชื่อโรงพยาบาลเท่านั้น)
- ✓ สมัครบริการรับชำระเงินบริจาคผ่าน e-Donation
- ✓ ธนาคารแจ้ง Biller ID และออก บ้ายปีป QR ทำบุญให้



\*ผู้บริจาคเงินสด : หมายรวมถึง เงินโอน/ชำระผ่านบัตรเครดิต/เช็คสั่งจ่าย (ที่แจ้งขอใบเสร็จเป็นกระดาษเพื่อใช้สิทธิลดหย่อนภาษี)

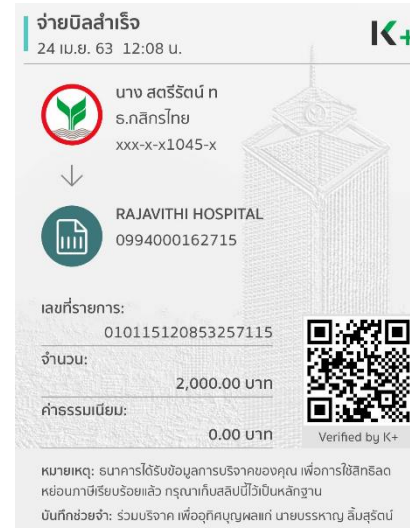
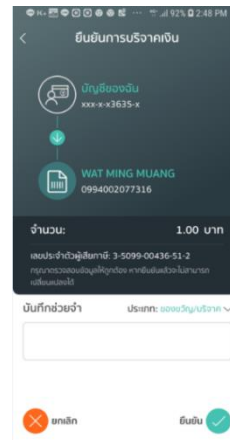
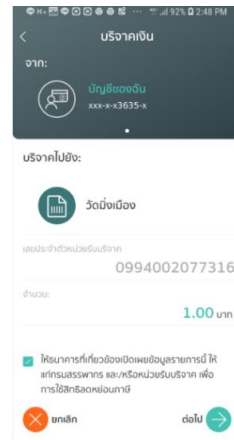




## กระบวนการ สำหรับผู้บริจาค ผ่าน QR



- เปิด APP **K+** (หรือ app ธนาคารใดก็ได้)
- SCAN QR ที่มีสัญลักษณ์ e-Donation
- ใส่จำนวนเงิน + CONSENT ส่งข้อมูลให้กรมสรรพากร
- ยืนยันการทำรายการ + รับ e-slip



\*ธนาคารส่งข้อมูลให้กรมสรรพากรเฉพาะรายการบริจาคผ่านช่องทาง **Mobile Banking** **ชำระผ่าน QR เท่านั้น**  
(บริจาคผ่านช่องทางอื่นๆ เช่น ATM / K-cyber หากจะใช้สิทธิลดหย่อนภาษีต้องติดต่อหน่วยรับบริจาคด้วยตนเอง)

**บริการทุกระดับประทับใจ**

## จ่ายบิลสำเร็จ

24 เม.ย. 63 12:08 น.

**K+**



นาง สตรีรัตน์ น  
ร.กสิกรไทย  
xxx-x-x1045-x



RAJAVITHI HOSPITAL  
0994000162715

เลขที่รายการ:

010115120853257115

จำนวน:

2,000.00 บาท

ค่าธรรมเนียม:

0.00 บาท



Verified by K+

หมายเหตุ: ธนาคารได้รับข้อมูลการบริจาคของคุณ เพื่อการใช้สิทธิลดหย่อนภาษีเรียบร้อยแล้ว กรุณาเก็บสลิปนี้ไว้เป็นหลักฐาน

บันทึกช่วยจำ: ร่วมบริจาค เพื่ออุทิศบุญผลแก่ นายบรรหารฯ ลิมสุรัตน์

krungsri  
กรุงศรี

**บริจาคสำเร็จ**  
28 ก.พ. 2562 12:05:55

จาก **THANAWAT SERT**  
XXX-1-40310-X

ไปยัง **SAITARN FOUNDATION**  
X-XXXX-XXXX-35-491

หมายเลขอ้างอิง 1 **0993000192354**

หมายเลขอ้างอิง 2 **1100800490107**

จำนวนเงิน **5.00 THB**  
+ค่าธรรมเนียม 0.00 THB

หมายเลขอ้างอิง **BAYM19657569**

ใช้เป็นหลักฐานการโอนเงิน เพื่อติดต่อหน่วยรับบริจาค



**จ่ายบิลสำเร็จ**  
28 ก.พ. 2562 - 11:57  
รหัสอ้างอิง: 201902288qNcFUXVMBLbcvTUh

จาก **นาย ธนวัฒน์ เสรีสุคิมภ์สร**  
xxx-xxx665-2

ไปยัง **SAITARN FOUNDATION**  
เลขประจำตัวหน่วยรับบริจาค : 0993000192354  
หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี : 1-1008-0049x-  
XX-X

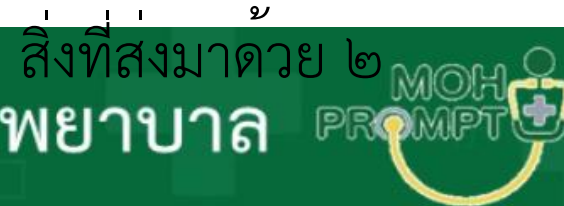
จำนวนเงิน 5.00

ค่าธรรมเนียม 0.00

หมายเหตุสำหรับการบริจาคอิเล็กทรอนิกส์  
ใช้เป็นหลักฐาน ในการ โอนเงินเพื่อบริจาค



# แบบแสดงเจตจำนง MOPH Certificate สำหรับโรงพยาบาล



## MOPH Certificate



สแกน QR code หรือ  
เข้าถึงสำหรับกรอกข้อมูล

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdR-lrzz5sS0jCb8gZpLD8w9aNG9VxRNqKEdrijoifZEBuS-Fw/viewform>

กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน  
เลือก ตกลงรักษาข้อมูลที่เป็นความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล  
จากนั้นกด “ส่ง” ข้อมูล

กรุณารอทีมพัฒนาตรวจสอบข้อมูล  
ติดต่อกลับไปยังท่าน





# สำหรับแพทย์

MOPH  
Certificate



## 1. การลงทะเบียน

ขั้นที่ 1 แพทย์ผู้มีอำนาจลงนาม สร้างบัญชีผู้ใช้งาน ผ่าน <https://one.th/register> หรือ สแกน QR Code

1

2

3

สแกน QR code    สมัครใช้งาน    ลงทะเบียนสำเร็จ



2. กรอกข้อมูลเบื้องต้น

เบอร์โทร Username และ Password

2.1 กรอกเบอร์โทรศัพท์เฉพาะตัวเลข 10 หลัก

2.2 ชื่อผู้ใช้งานอย่างน้อย 6 อักษร

ภาษาอังกฤษและสามารถผสมตัวเลขได้

\*ถ้าพบผู้ใช้งานซ้ำ ให้ลองเปลี่ยนตัวเลขต่อท้าย

2.3 รหัสผ่านอย่างน้อย 8 อักษร/

มีอักขระพิเศษได้

กดปุ่มกรอกข้อมูลเบื้องต้น

หากต้องการกรอกข้อมูลเพิ่มเติม

(ไม่บังคับ)

3. ยอมรับข้อกำหนดและนโยบาย

และเงื่อนไข "จะระเบียบ"

แนบมาเกี่ยวกับกรรสำเร็จ

ONE

PLATFORM

ลงทะเบียน

Easy OneID

ลงทะเบียน

☒ เบอร์ไทย ☐ เบอร์ต่างประเทศ

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ

ชื่อผู้ใช้งาน

รหัสผ่าน

ยืนยันรหัสผ่าน

กรอกข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อความน่าเชื่อถือของบัญชี

☐ ยอมรับ ข้อกำหนดการใช้บริการ ONE ID และ

นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

ลงทะเบียน

© Thai Identities Co., Ltd. 2021

ขั้นที่ 2 แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลสำหรับสร้างลายเซ็นดิจิทัล สำหรับผู้ลงนาม  
Scan QR Code หรือกรอกข้อมูลผ่านลิงก์ <https://imoph.thaijobjob.com/>

### แบบฟอร์มข้อมูลสำหรับสร้างลายเซ็นดิจิทัล

|                                                  |                                                                           |                          |                                       |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| คำนำหน้าชื่อ                                     | ชื่อ-นามสกุล(ภาษาไทย)                                                     | ชื่อ-นามสกุล(ภาษาอังกฤษ) | บัญชีผู้ใช้(Username ที่ใช้สมัคร ...) |
| เลขประจำตัวบัตรประชาชน                           | วันเกิด                                                                   | เชื้อชาติ<br>ไทย         | สัญชาติ<br>ไทย                        |
| ที่อยู่                                          | เบอร์โทรศัพท์                                                             | email                    |                                       |
| ตำแหน่งของเจ้าของใบรับรอง                        | ชื่อของหน่วยงานย่อยในองค์กรที่เจ้าของใบรับรองสังกัด (ชื่อแผนก หรือฝ่าย... |                          |                                       |
| ชื่อองค์กรที่เจ้าของใบรับรองสังกัด...            | รหัสโรงพยาบาล                                                             |                          |                                       |
| <div>+ เพิ่มโรงพยาบาล</div>                      |                                                                           | <div>- ลบ</div>          |                                       |
| สิทธิ์ลงนามใบรับรองแพทย์                         |                                                                           |                          |                                       |
| <input type="radio"/> เป็นผู้มีอำนาจลงนาม        |                                                                           |                          |                                       |
| <input checked="" type="radio"/> ไม่มีอำนาจลงนาม |                                                                           |                          |                                       |
| <div>บันทึก</div> <div>สร้างแบบฟอร์ม</div>       |                                                                           |                          |                                       |

\* พยาบาล และ เจ้าหน้าที่ผู้จัดเตรียม  
ใบรับรองแพทย์ผ่าน web portal  
ต้องลงทะเบียนในส่วนขอแพทย์ด้วย  
เลือก ☒ ผู้ไม่มีอำนาจลงนาม



# สำหรับแพทย์

## 2. ลายเซ็นพร้อมใช้งาน

### 2.1 Email แจ้งเตือน

ตัวอย่าง Email แรก ที่จะได้รับแบบคำขอ  
จาก Email : [noreply-ra@inet.co.th](mailto:noreply-ra@inet.co.th)



เรียน : Usernameผู้ให้บริการ

ขอเชิญดำเนินการขอใบรับรองอิเล็กทรอนิกส์ จาก INET CA

#### ข้อมูลใบรับรองอิเล็กทรอนิกส์

ชื่อขอใบรับรอง : **นายแพทย์ ผู้ให้บริการ**  
ประเภทใบรับรอง : **เจ้าหน้าที่อิเล็กทรอนิกส์**  
อายุการใช้งาน : **2 ปี**

สามารถตรวจสอบเอกสารประกอบการขอใบรับรองอิเล็กทรอนิกส์ได้ที่  
<https://ca.inet.co.th/inetca/certDetail.html>

หรือสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่บริการเพื่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับเอกสารได้ที่  
หน่วยงานขอใบรับรองอิเล็กทรอนิกส์  
โทร : 02-257-7127 กด 5  
อีเมล : [ra@inet.co.th](mailto:ra@inet.co.th)  
เว็บไซต์ : <https://ca.inet.co.th>

### 2.2 Email ตรวจสอบข้อมูลในลายเซ็น

ตัวอย่าง Email ที่จะได้รับ  
จาก Email : [noreply-ra@inet.co.th](mailto:noreply-ra@inet.co.th)  
หลังจากการออก CA



[INET CA] Your Certificate was Applied

From: INET CA Service

To: **นายแพทย์**

เรียนท่านผู้ให้บริการ

ขอแจ้งใบรับรองของท่านได้ถูกสร้างเสร็จสมบูรณ์แล้ว

ท่านสามารถเข้าไปตรวจสอบ และ ยืนยัน ใบรับรองนี้ได้ตาม URL ด้านล่างนี้

**https://ca.inet.co.th/inetra/**

ในการที่มีข้อมูลใบรับรองไม่ถูกต้อง ท่านสามารถดำเนินการเพิกถอนและ ขอออกใบรับรองใบใหม่แทนได้ตาม URL ด้านล่างนี้

<https://ca.inet.co.th/inetra/>

ขอขอบคุณผู้ให้บริการ  
INET CA Team

Call Center: +66-2257-7111

Hot Line: +66-2257-1998

176B Thai Summit Tower, 16th Floor and IT Floor  
New Petchaburi Road, Kwaeng Bang Kapi,  
Khet Huay Khwang, Bangkok 10310

**MOPH**  
Certificate



ขอรับใบรับรอง

รายละเอียดใบรับรองอิเล็กทรอนิกส์

|               |                                                                            |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------|
| CertDN        | OID.2.5.4.10, O=INET CA, OU=INET CA, CN=นายแพทย์, OU=นายแพทย์, CN=นายแพทย์ |
| IssuerDN      | C=TH, O=Internet Thailand Public Company Limited, OU=INET CA, CN=INET CA   |
| CertSN        |                                                                            |
| NotBefore     | Mon Dec 13 10:05:10 ICT 2021                                               |
| NotAfter      | Wed Dec 13 10:05:10 ICT 2023                                               |
| SignAlgorithm |                                                                            |
| keyUsage      | Digital Signature, Non Repudiation                                         |

✓ ขอรับใบรับรอง

ไม่ขอรับ



Copyright © 2018 Internet Thailand Public Company Limited

คลิกลิงก์เพื่อตรวจสอบข้อมูลและยืนยันใบรับรอง

# Digital Signature สำหรับออกใบรับรองแพทย์ดิจิทัล(MOPH Certificate)

สิ่งที่ส่งมาด้วย 2

**MOPH**  
Certificate 

คือ ลายมือชื่อเพื่อใช้รับรองเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ที่มีความน่าเชื่อถือ และ  
ได้รับการรับรองตามกฎหมาย

## ประโยชน์ของลายเซ็นดิจิทัล

### Paperless



- ✓ สามารถเซ็นเอกสารที่ไหนก็ได้
- ✓ จัดเก็บเอกสารได้ง่าย
- ✓ บริหารจัดการข้อมูลได้ง่ายขึ้น
- ✓ ไม่สามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือหลังจากออกเอกสารได้
- ✓ สามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเอกสารได้ทันทีด้วยตนเองผ่านทาง Adobe Acrobat Reader ที่เป็นสากล

### Authentication



- ✓ ยืนยันตัวบุคคลด้วย Digital Certificate ที่ได้รับการรับรองจาก NRCA (ETDA) และ WebTrust
- ✓ ยืนยันตัวบุคคลอีกครั้งก่อนลงนาม



### Data Integrity

- ✓ ตรวจสอบความถูกต้องได้
- ✓ รักษาความครบถ้วนของข้อมูล



### Reduce time / Cost

- ✓ ประหยัดเวลา และต้นทุนในการนำส่งเอกสาร
- ✓ ลดต้นทุนของกระดาษ และการพิมพ์
- ✓ ลดต้นทุนในการจัดเก็บ



### Non-repudiation

- ✓ มีผลผูกพันทางกฎหมาย
- ✓ รองรับตามมาตรา26 และมาตรา28



# ประเภทของ Digital Signature

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒

## ประเภทของลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์

### ประเภทที่ 1

ลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ ทั่วไป  
(มาตรา9)\*



### ประเภทที่ 2

ลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ ที่เชื่อถือได้  
(มาตรา26)\*



### ประเภทที่ 3

ลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ ที่เชื่อถือได้  
(มาตรา26และมาตรา28)\*



\*ตามกฎหมายว่าด้วยธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์

## DIGITAL SIGNATURE

ให้บริการ  
ประเภทที่ 3

ลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ ที่เชื่อถือได้  
(มาตรา26 และมาตรา28)\*

### องค์ประกอบของลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์

การพิสูจน์  
และยืนยันตัวตน

✓ มีการพิสูจน์ตัวตนที่  
น่าเชื่อถือและเหมาะสม  
กับความเสี่ยงของธุรกรรม  
หรือที่ระดับ IAL2\* ขึ้นไป  
✓ มีการยืนยันตัวตนที่  
ระดับ AAL2\*\* ขึ้นไป

เจตนาในการลง  
ลายมือชื่อ

✓ ใช้ลายมือชื่อดิจิทัลซึ่ง  
ใช้ใบรับรองที่ออกโดย  
CA ในการลงลายมือชื่อ  
ต่อข้อความที่ตนแสดง  
เจตนา

การรักษาความ  
ครบถ้วนของข้อมูล

✓ ใช้ลายมือชื่อดิจิทัลซึ่ง  
ใช้ใบรับรองที่ออกโดย  
CA ในการลงลายมือชื่อ  
ต่อข้อความ

ที่มา : สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (ETDA)

\* Identity Assurance Level (IAL) ระดับความเข้มงวดในการพิสูจน์ตัวตน (Identity Proofing) ของผู้สมัครใช้บริการ  
ทำให้มั่นใจได้ว่าตัวตนหรือ Identity ที่ผู้สมัครใช้บริการกล่าวอ้าง เป็นตัวตนของเขาจริง

\*\* Authenticator Assurance Level (AAL) เป็นระดับความเข้มงวดในกระบวนการยืนยันตัวตน (Authentication) ของผู้ใช้บริการ  
ทำให้มั่นใจว่า ผู้ใช้บริการที่ได้พิสูจน์ตัวตนมาแล้ว ว่าเป็นเจ้าของหรือครอบครอง สิ่งที่ใช้ยืนยันตัวตน (Authenticator) แบบต่าง ๆ นั้นจริง

# Compliance Certificates

Certification  
Authorities

WebTrust  
for Certification  
Authorities

Certification  
Authorities

WebTrust  
SSL Baseline with  
Network Security



ETDA  
Thailand National Root  
Certification Authority of  
Thailand



Adobe  
Trust List Member



Microsoft  
Trusted Root  
Certification Authorities



Standard Protocol  
CRLs (Certificate Revocation Lists)  
OCSP (Online Certificate Status Protocol)  
FIPS 140-2 Level 3



ISO/IEC 27001:2013  
ISO/IEC 20000-1:2013  
ISO/IEC 22301:2012  
IDC Tier III Design



SLA 99.5%  
Snapshot Backup 7 Copy  
DC – DR  
Notification prior to  
expiration (60,30 days)

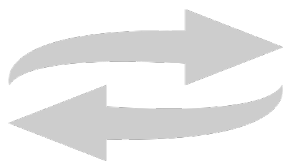
# การนำใบรับรองแพทย์ดิจิทัล ไปใช้



1

แพทย์  
ผู้ออกใบรับรองแพทย์

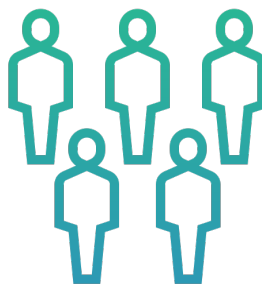
Hospital  
Information System (HIS)



**MOPH**  
Certificate

ประชาชนทั่วไป

ELECTRONIC  
FILE



MOBILE  
APPLICATION



ประชาชน จะได้รับ  
ใบรับรองแพทย์ของตนเอง  
ผ่านแอป "หมอพร้อม"



2





# ตัวอย่างใบรับรองแพทย์ดิจิทัล

ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ติดเชื้อโควิด 19

ส่วนที่ 1 ผู้ขอรับใบรับรองเป็นผู้กรอก

ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน \_\_\_\_\_

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าขอให้การยืนยันประวัติดังนี้

1. ได้ทำการตรวจ ATK ☐ ด้วยตนเอง ☐ ที่สถานพยาบาลชื่อ \_\_\_\_\_

เมื่อวันที่ \_\_\_\_\_ และมีผลบวก (ติดเชื้อ) \_\_\_\_\_

2. ได้รับการกักตัวแบบ ☐ Home isolation (HI) ☐ Community isolation (CI) ที่ \_\_\_\_\_

ภายใต้การดูแลของสถานพยาบาล(ระบุ) \_\_\_\_\_

ระหว่างวันที่ \_\_\_\_\_ ถึง \_\_\_\_\_ รวมทั้งสิ้นเป็นระยะเวลา \_\_\_\_\_ วัน

3. ประวัติอื่นที่สำคัญ \_\_\_\_\_

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ วันที่ 26 มกราคม 2565

หมายเหตุ (1) ในกรณีที่ไม่สามารถให้ข้อมูลหรือลงนามรับรองด้วยตนเองได้ ให้ผู้มีอำนาจตามกฎหมาย หรือ ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้  
(2) การให้ข้อมูลไม่เป็นเท็จ อาจได้รับโทษตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 แพทย์เป็นผู้กรอก

สถานที่ตรวจ \_\_\_\_\_ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต วันที่ 26 มกราคม 2565

ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ 29552

ปฏิบัติงานภายใต้สถานพยาบาล (ระบุ) \_\_\_\_\_ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ขอรับรองว่า \_\_\_\_\_

1. ได้เข้ารับการตรวจโควิด 19 ด้วยวิธี

☐ ATK โดยบุคลากรของสถานพยาบาล (ระบุ) \_\_\_\_\_ ☐ RT-PCR ☐ Rapid PCR

☒ วิธีอื่น (ระบุ) atk

เมื่อวันที่ 17 มกราคม 2565 และปรากฏผลเป็นบวก

2. ณ วันที่มาเข้ารับการตรวจโควิดดังกล่าว ผู้มาขอใบรับรองการตรวจ

☐ ไม่มีอาการและไม่มีอาการแสดง (Asymptomatic) ของโรคโควิด 19

☒ มีอาการหรืออาการแสดงของโรคโควิด 19 ดังนี้

☒ ไข้ ☒ ไอ ☐ เจ็บคอ ☐ ตาแดง ☐ หายใจหอบเหนื่อย ☐ ค่า O2 Sat อยู่ที่ \_\_\_\_\_ % ☐ ท้องเสีย ☐ น้ำมูก

☐ ไม่ได้กลิ่น ☐ ไม่รับรส ☐ ปวดศีรษะ ☐ ปวดเมื่อยตัว ☐ อื่นๆ (ระบุ) \_\_\_\_\_

3. ผู้ติดเชื้อได้รับการรักษาภายใต้การจัดการของสถานพยาบาล (ระบุ) \_\_\_\_\_ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

แบบ ☐ ผู้ป่วยใน ☒ Home isolation

☐ Community Isolation ระหว่างวันที่ 17 มกราคม 2565 ถึงวันที่ 26 มกราคม 2565 รวมทั้งสิ้นเป็นระยะเวลา 10 วัน

สรุปความเห็นแพทย์ (ตัวเลือกใดไม่ต้องการยืนยัน ให้ขีดฆ่าทิ้ง)

☐ ผู้มาขอใบรับรองทำการตรวจการติดเชื้อด้วยวิธี ATK "ด้วยตนเอง"

☒ ผู้มาขอใบรับรองได้รับการตรวจยืนยันการติดเชื้อ "ภายใต้สถานพยาบาล" และยืนยันได้ว่ามีการติดเชื้อโควิด 19 จริง

☒ ผู้ติดเชื้อได้รับการดูแลรักษาไม่น้อยกว่า 10 วันนับจากวันที่เริ่มมีอาการหรือวันที่มีการตรวจพบเชื้อ

ซึ่งตามแนวทางการรักษาของกรมการแพทย์ ถือว่าผู้ป่วยพ้นระยะการแพร่เชื้อแล้ว

(\*\*\*\*ไม่จำเป็นต้องได้รับการตรวจหาเชื้อด้วยวิธีการใด ๆ เพื่อยืนยัน\*\*\*\*)

☐ อื่นๆ \_\_\_\_\_

(Ver. 2.11.2021) ลงชื่อ \_\_\_\_\_ แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ ตรวจสอบด้วยตัวเอง QR code ด้านบน แผนกแล้วหาก URL ไม่ใช้ cert.vachiraphuket.go.th ถือเป็นเอกสารเท็จ อาจถูกดำเนินคดีตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาลป่าตอง  
PATONG HOSPITAL

57 Sai Num yen Rd, Patong , Kathu District , Phuket , Thailand 83150  
Tel. +6676 342633-4 , Fax.+6676 340617

MEDICAL CERTIFICATE

Date Print 01 / 02 / 2022

Patient's name \_\_\_\_\_ Age 30 yrs

Hospital Number 650006666 Birthday : 7/3/1991 Passport Number : 75 1419037

Has been treated as outpatient in hotel room isolation / self quarantines.

From 22 / 01 / 2022 Until 01 / 02 / 2022 Totally 11 days

Sign & Symptoms  
Case Asymptomatic covid quarantine in hotel isolation for 10 days

Diagnosis  
☒ COVID-19 infection

Physician's opinion  
☒ This patient has been 'quarantined' for a period of 10 days strating from 22 / 01 / 2022 after having COVID-19 detected.This patient has now completed treatment.  
The patient's condition has improved and recovered from COVID-19 taking into account the main symptoms.No further transmission risk is therefore seen.

After this period of quarantine ends, the patient is able to engage in social activities and work as usual in accordance to new lifestyle guidelines (New Normal) which include wearing a mask when in public areas,hand cleaning and keeping social distance at all times

☒ Fit to fly

Additional Notes \_\_\_\_\_

Sign by attending physician \_\_\_\_\_  
( SUNANTHA KHAJORNRUNGKUANG, MD. )  
Medical Licence No \_\_\_\_\_

# ตัวอย่างใบรับรองผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการดิจิทัล



ใบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต  
งานภูมิคุ้มกันวิทยา



Request No. 627236439

ชื่อผู้ป่วย/Name: พ.ญ. น. น. HN: 0000000000 Order Department: 386 ชักประวัติโรคทางเดินหายใจ (นอกเวลา)

อายุ/Age: 10 ปี เพศ/Sex: หญิง Visit Type: OPD VN: 0000000000 ID card/passport: 1

Request By: พญ. น. น. Request DateTime: 26/05/2565

Receive By: พญ. น. น. Receive DateTime: 26/05/2565

OS IMMUNOLOGY

| Parameter                | Result   | Flag | Unit | Reference | Method |
|--------------------------|----------|------|------|-----------|--------|
| COVID-19 Ag (Rapid test) | Positive |      |      |           |        |

Note: Specimen : Nasopharyngeal swab ,



สมทบค้นคว้า



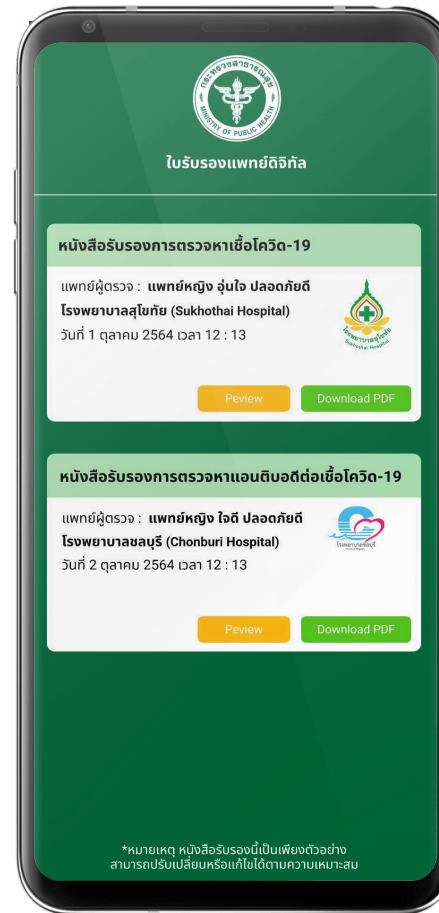
Vachiraphuket Hospital  
Digital signed

ผู้พิมพ์ผลการตรวจ: (ระบบออนไลน์) ผู้รายงานผล/Reported by: น. น. น. น. ผู้รับรองผล/Approved by: น. น. น. น.

เวลาพิมพ์ผล: 26 ม.ค. 2565 21:05 น. เวลารายงานผล: 17 ม.ค. 2565 19:32 น. เวลาเซ็นยืนยันผล: 17 ม.ค. 2565 19:32 น. Page 1 of 1

รายงานนี้รับรองเฉพาะตัวอย่างที่นำมาตรวจวิเคราะห์เท่านั้น ห้ามตีความหรือคัดลอกเฉพาะบางส่วน  
มาตรา 265 ผู้ใดปลอมแปลงเอกสารราชการต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 6 เดือน - 5 ปีและปรับตั้งแต่ 1,000-10,000 บาท  
โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต 353 ถนนยาวราษฎร์ ค.ต.ออกใหญ่ อ.เมือง จ.ภูเก็ต โทร. 076-361234

# การส่งใบรับรองแพทย์ บน App หมอพร้อม หรือดาวน์โหลดไฟล์ PDF



# การตรวจสอบเอกสารใบรับรองแพทย์ดิจิทัล



ตรวจสอบจาก Signature  
Panel ในโปรแกรม  
Acrobat reader



ตรวจสอบจาก Scan QR-  
Code จากกล้องมือถือ



| เอกสารรับรองการได้รับวัคซีนโควิด 19 ของประเทศไทย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                         | THAILAND NATIONAL CERTIFICATE OF COVID-19 VACCINATION |                                       |                          |                                         |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|-----------------|
| ชื่อ - นามสกุล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | นางสาวธาริณี ศรีธรรม                                                                    |                                                       |                                       |                          |                                         |                 |
| Name - Last name                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Ms. Tharinee Sritawan                                                                   |                                                       |                                       |                          |                                         |                 |
| เพศ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | หญิง                                                                                    | เลขบัตรประชาชน                                        | 1102365471253                         | เลขที่หนังสือเดินทาง     | A256321                                 |                 |
| Sex                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Female                                                                                  | ID Card Number                                        | 1102365471253                         | Passport Number          | A256321                                 |                 |
| ที่อยู่                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1768 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310                     |                                                       |                                       |                          |                                         |                 |
| Address                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1768 Thai Summit Tower, 17 Floor, New Petchaburi Rd, Bangkok, Huaykhwang, Bangkok 10310 |                                                       |                                       |                          |                                         |                 |
| <p>โปรดเก็บเอกสารรับรองการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ของประเทศไทย เพื่อใช้แสดงว่าท่านได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 แล้ว โดยเอกสารรับรองนี้จะต้องมีลายมือชื่อของเจ้าหน้าที่ผู้ออกใบรับรอง และระบุสถานที่ให้บริการวัคซีนตามฐานามัธยมศึกษาทั่วประเทศ</p> <p>Please keep this card, which includes medical information about the vaccines you have received. Whose signature follows.</p> <p>Has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against: (name of disease or condition) COVID-19 vaccine in accordance with the International Health Regulations.</p> |                                                                                         |                                                       |                                       |                          |                                         |                 |
| ข้อมูลการได้รับวัคซีน (Vaccination History)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                         |                                                       |                                       |                          |                                         |                 |
| เข็มที่ (Dose)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | วันที่ได้รับวัคซีน (วัน/เดือน/ปี) (Date of vaccination)                                 | ชื่อการค้าวัคซีน (Name of Vaccine)                    | ชื่อบริษัทผู้ผลิตวัคซีน (Manufacture) | รุ่นการผลิต (Lot Number) | หน่วยบริการฉีดวัคซีน (Place of service) | หมายเหตุ (Note) |
| เข็มที่ 1 (1st Dose)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 25/2/2564                                                                               | Covid-19 AstraZeneca                                  | Astrazeneca License                   | A556684123               | โรงพยาบาลสมิติเวช                       |                 |
| เข็มที่ 2 (2nd Dose)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 30/3/2564                                                                               | Covid-19 AstraZeneca                                  | Astrazeneca License                   | C566888555               | โรงพยาบาลสมิติเวช                       |                 |
| ลงนามชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ออกใบรับรอง (Signature of Certificate Authority)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                         |                                                       |                                       |                          |                                         |                 |
| นางสาว ธาริณี ศรีธรรม                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                         |                                                       |                                       |                          |                                         |                 |
| หมายเลข : QR Code ใช้เพื่อตรวจสอบข้อมูลจากระบบ MOPH Immunization Center                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                         |                                                       |                                       |                          |                                         |                 |
| ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอินเทอร์เน็ต ประเทศไทย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                         |                                                       |                                       |                          |                                         |                 |

ตรวจสอบจากเว็บ ตรวจสอบ  
ลายเซ็นดิจิทัล เช่น ETDA



ตรวจสอบจาก Property  
ลายเซ็นบนไฟล์ PDF







## แบบแสดงเจตจำนง MOPH Certificate สำหรับโรงพยาบาล



**MOPH**  
Certificate



สแกน QR code หรือ  
เข้าถึงสำหรับกรอกข้อมูล

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdR-lrzz5sS0jCb8gZpLD8w9aNG9VxRNqKEdrijofZEBuSFw/viewform>



# แบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วม Mohpromt Certificate

สำหรับผู้ปฏิบัติงานกระทรวงสาธารณสุข

loulkade@gmail.com [คลิกที่นี่](#)

\*กรุณา

อีเมล \*

ชื่อ-นามสกุล (ผู้ยื่นคำขอ) \*

เลขประจำตัวประชาชน

ตำแหน่ง

หน่วยปฏิบัติงานในหน่วยงาน

☐ สหกรณ์  
☐ ทรัพยากร  
☐ ผู้ปฏิบัติงาน

เบอร์โทรศัพท์(มือถือ) \*

ถัดไป

หน้า 1 จาก 3

ถ้าจบแล้วคลิก

ดาวน์โหลดแบบฟอร์ม Google Form

เมื่อใช้โปรแกรมแก้ไขเอกสาร Google สามารถแก้ไขได้ทันที - ไม่ต้องดาวน์โหลดไฟล์

Google ฟอรัม



## แบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วม Mohmpromt Certificate

**loulugade@gmail.com** [สมัครใหม่](#)

---

\*กรุณา

**ข้อมูลหน่วยงาน**

ชื่อของโรงพยาบาล

ชื่อหน่วยงาน (ภาษาไทย) \*

ชื่อหน่วยงาน (ภาษาอังกฤษ)

**รหัสหน่วยบริการ 5 หลัก \***  
  
❗ จำเป็นต้องกรอกค่าตัวนี้

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีนิติบุคคล (ขอกรอกรายงาน)

URL Logo หน่วยงาน

**ชื่อคุณหมอท่าน / พ. \***  
  
❗ จำเป็นต้องกรอกค่าตัวนี้

**การใช้บริการ**  
☐ ขอใช้สิทธิ์เฉพาะเว็บไซต์ (Portal)  
☐ ขอใช้เอกสาร HIS

กลับ

ถัดไป

หน้า 2 จาก 3

ส่งรายงานฟอร์ม

หากต้องการนำ Google ฟอร์ม  
 ไปทำซ้ำให้บุคลากรอื่นในระบบของ Google สามารถกดปุ่มที่นี่ - มีส่วนเกี่ยวข้องหรือไม่ - โปรดตอบกลับให้ด้วย



## แบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วม Mohpromt Certificate

loukgade@gmail.com [คลิกที่นี่](mailto:loukgade@gmail.com) 📄

\*สำคัญ

**วัตถุประสงค์การวิจัยมุ่งให้เป็นความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล**

ก่อนไปรับการ ทดสอบ ภูมิคุ้มกัน และตรวจเชื้อ หนองใน หรือ โรคทางเพศ ที่ห้องปฏิบัติการ  
 หนองใน กรมส่งเสริมสุขภาพเข้าร่วม Mohpromt Certificate สำหรับ โรงพยาบาลรัฐและ  
 เอกชน ในอดีต โดยยังได้ศึกษา ผลของวัคซีนความถี่ของผลแพ้สภาวะพร้อมกับการ  
 อาศัย การกลาย และหรือการละเมิด และหรือการ แผลหรือข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องข้อมูล  
 สำหรับ ผลของบุคคล ตาม พ.ร.บ. สหภาพแพทย์ พ.ศ. 2550 มาตรา 7 ที่เกี่ยวข้องข้อมูล  
 ของบุคคล เพื่อความถี่ส่วนบุคคล ภูมิคุ้มกันเป็นข้อมูลไปการที่เข้าทำไม่บุคคลเช่น  
 หากไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยเป็นวิธีความลับประกอบด้วยบุคคลอื่นโดยทาง หรือมี  
 กฎหมายเฉพาะบัญญัติไว้ต้องเปิดเผย แต่ในบางกรณีใด ๆ ภูมิคุ้มกันเพื่ออำนาจเพื่อใช้ศาล  
 กฎหมายหรือข้อมูลความสำคัญการ หรือข้อมูลอื่น ๆ เพื่อความถี่เกี่ยวกับข้อมูล  
 สำหรับ ผลของบุคคลที่ไม่ใช่ของบุคคลใด ๆ และรวมทั้งข้อมูลความถี่ มาตรา 323 บัญญัติ  
 ไว้ว่า "ภูมิคุ้มกันที่เข้าแล้วจะความถี่ของผลแพ้โดยบุคคลอื่นได้แจ้งข้อมูลการปฏิบัติทางใด โดย  
 ที่บุคคลอื่นหรือบุคคลอื่น บุคคลอื่น คนจำหนวน ทางของผลแพ้ ภูมิคุ้มกัน ภูมิคุ้มกัน  
 ทางของผลแพ้บุคคลอื่นได้" หรือ โดยบุคคลอื่นไปการที่การที่บุคคลอื่นได้แจ้งข้อมูล  
 ความถี่ไปการที่การที่บุคคลอื่นได้แจ้งข้อมูลบุคคลอื่นได้แจ้งข้อมูลบุคคลอื่นได้แจ้งข้อมูล  
 ความถี่ไปการที่การที่บุคคลอื่นได้แจ้งข้อมูลบุคคลอื่นได้แจ้งข้อมูลบุคคลอื่นได้แจ้งข้อมูล"

☐ ผลการวิจัยมุ่งให้เป็นความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล

1/11
4/4
หน้า 3 จาก 3
ดาวน์โหลดไฟล์

กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน  
เลือก ☒ ตกลงรักษาข้อมูลที่เป็นความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล  
จากนั้นกด “ส่ง” ข้อมูล

กรุณารอทีมพัฒนาตรวจสอบข้อมูล  
ติดต่อกลับไปยังท่าน



# สำหรับแพทย์

MOPH  
Certificate



## 1. การลงทะเบียน

ขั้นที่ 1 แพทย์ผู้มีอำนาจลงนาม สร้างบัญชีผู้ใช้งาน ผ่าน <https://one.th/register> หรือ สแกน QR Code

1  
สแกน QR code

2  
สมัครใช้งาน

3  
ลงทะเบียนสำเร็จ

2. กรอกข้อมูลเบื้องต้น  
เบอร์โทร Username และ Password

2.1 กรอกเบอร์โทรศัพท์เฉพาะตัวเลข 10 หลัก

2.2 ชื่อผู้ใช้งานอย่างน้อย 6 อักษร  
ภาษาอังกฤษและสามารถผสมตัวเลขได้  
\*ถ้าพบผู้ใช้งานซ้ำ ให้ลองเพิ่มตัวเลขต่อท้าย

2.3 รหัสผ่านอย่างน้อย 8 อักษร/  
มีอักขระพิเศษได้

กดปุ่มกรอกข้อมูลเบื้องต้น  
หากต้องการกรอกข้อมูลเพิ่มเติม  
(ไม่บังคับ)

3. ยอมรับข้อกำหนดและนโยบาย  
และเลือก "จะลงทะเบียน  
เพียงคนเดียวกับฉันสำเร็จ"

ลงทะเบียน

Easy OneID

ลงทะเบียน

☒ เบอร์ไทย ☐ เบอร์ต่างประเทศ

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ

ชื่อผู้ใช้งาน

รหัสผ่าน

ยืนยันรหัสผ่าน

กรอกข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อความน่าเชื่อถือของบัญชี

☐ ยอมรับ ข้อกำหนดการใช้บริการ ONE ID และ  
นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

ลงทะเบียน

ขั้นที่ 2 แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลสำหรับสร้างลายเซ็นดิจิทัล สำหรับผู้ลงนาม  
Scan QR Code หรือกรอกข้อมูลผ่านลิงก์ <https://imoph.thaijobjob.com/>

### แบบฟอร์มข้อมูลสำหรับสร้างลายเซ็นดิจิทัล

|                                                  |                                                                           |                          |                                       |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| คำนำหน้าชื่อ                                     | ชื่อ-นามสกุล(ภาษาไทย)                                                     | ชื่อ-นามสกุล(ภาษาอังกฤษ) | บัญชีผู้ใช้(Username ที่ใช้สมัคร ...) |
| เลขประจำตัวบัตรประชาชน                           | วันเกิด                                                                   | เชื้อชาติ<br>ไทย         | สัญชาติ<br>ไทย                        |
| ที่อยู่                                          | เบอร์โทรศัพท์                                                             | email                    |                                       |
| ตำแหน่งของเจ้าของใบรับรอง                        | ชื่อของหน่วยงานย่อยในองค์กรที่เจ้าของใบรับรองสังกัด (ชื่อแผนก หรือฝ่าย... |                          |                                       |
| ชื่อองค์กรที่เจ้าของใบรับรองสังกัด...            | รหัสโรงพยาบาล                                                             |                          |                                       |
| <a href="#">+ เพิ่มโรงพยาบาล</a>                 |                                                                           | <a href="#">ลบ</a>       |                                       |
| สิทธิ์ลงนามใบรับรองแพทย์                         |                                                                           |                          |                                       |
| <input type="radio"/> เป็นผู้มีอำนาจลงนาม        |                                                                           |                          |                                       |
| <input checked="" type="radio"/> ไม่มีอำนาจลงนาม |                                                                           |                          |                                       |

\* พยาบาล และ เจ้าหน้าที่ผู้จัดเตรียม  
ใบรับรองแพทย์ผ่าน web portal  
ต้องลงทะเบียนในส่วนขอแพทย์ด้วย  
เลือก ☒ ผู้ไม่มีอำนาจลงนาม



บันทึก

สร้างแบบฟอร์ม

## สำหรับแพทย์



## 2. ลายเซ็นพร้อมใช้งาน

## 2.1 Email แจ้งเตือน

ตัวอย่าง Email แรก ที่จะได้รับแบบคำขอ  
จาก Email : [noreply-ra@inet.co.th](mailto:noreply-ra@inet.co.th)



เงื่อนไข : Usernameผู้ใช้ใบรับรอง

ขณะนี้คุณได้ทำการโอนยอด ในใบโอนเงินฝากพาณิชย์ เจ้าหน้าที่ได้ไปยื่นคำร้องขอถอนเงินเรียบร้อยแล้ว

**ข้อมูลใบโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์**

ชื่อคนไข้อยู่ที่ : นายแพทย์ สุทธิไกรภักดิ์

ប្រភេទឈើ : ទ្រើងដំបូង

အကျဉ်းချုပ် : ၁၀

สามารถตรวจสอบเอกสารประกอบการขอใบรับรองอิเล็กทรอนิกส์ได้ที่  
<https://ca.inet.co.th/inetca/certDetail.html>

พริตสาการคิดค้นจำหน่ายที่ประเทศจีน เพื่อตอบสนองข้อมูลเพิ่มเติมนักศึกษาในเอกสารได้  
 หน่วยงานออกใบประกอบอิเล็กทรอนิกส์  
 โทร :02-257-7127 น 5  
 อีเมล:sa@inet.co.th  
 เว็บไซต์:https://sa.inet.co.th

## 2.2 Email ตรวจสอบข้อมูลในลายเซ็น

ตัวอย่าง Email ที่จะได้รับ  
จาก Email : noreply-ra@inet.co.th  
หลังจากการออก CA



[INET CA] Your Certificate was Applied

From:  INET CA Service

To: **team**

เรียนท่านผู้ใจรักการ

ขณะนี้ใบรับรองของนางสาวไฉ่ถูกสร้างเสร็จสมบูรณ์แล้ว

ส่วนส่วนแรกคือไปตรวจก่อน และ ยืนยันรับ ใบรับรองนี้ได้ตาม URL ด้านล่าง

ใบการยืมที่มีข้อมูลในใบรับรองไม่ถูกต้อง ผ่านสามารถดำเนินการเพิกถอนและ ขอออกใบรับรองใบใหม่ทดแทนได้ตาม URL ด้านล่างนี้  
<https://ca.inet.co.th/inetra/>

ขอบคุณที่ใช้บริการ  
INET CA Team

Call Center: +66-2257-7111  
Hot Line: +66-2257-1998

1768 Thai Summit Tower, 16th Floor and IT Floor  
New Petchaburi Road, Khwaeng Bang Kapi,  
Khet Huay Khwang, Bangkok 10310

คลิกลิงก์เพื่อตรวจสอบข้อมูลและยืนยันใบรับรอง



แบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วม MOPH Certificate  
สำหรับ

โรงพยาบาลเอกชน





## คู่มือ API สำหรับ HIS

[https://docs.google.com/document/u/0/d/1AIAjfzAf6G9SqcQfBpM88SXWv2ErhLBzSOA9z4b\\_gKE](https://docs.google.com/document/u/0/d/1AIAjfzAf6G9SqcQfBpM88SXWv2ErhLBzSOA9z4b_gKE)

1) HosxP version 3, 4

2) e-PHIS

3) หมอพร้อม **station** (อยู่ระหว่างดำเนินการ)

จำนวนโรงพยาบาลที่ลงทะเบียนขอใช้ Digital Signature มาแล้ว  
ทั้งหมด 1,020 โรงพยาบาล  
แพทย์ 1,980 ท่าน

เขต 8 ที่ลงทะเบียน Digital Signature มาแล้ว  
80+ โรงพยาบาล  
แพทย์ 98+ ท่าน

# รายชื่อโรงพยาบาล เขต 8 ที่ลงทะเบียนขอ Digital Signature

|                          |                                |                                     |
|--------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| โรงพยาบาลวานรนิวาส       | โรงพยาบาลบ้านผือ               | โรงพยาบาลทุ่งฝน                     |
| โรงพยาบาลหนองบัวลำภู     | โรงพยาบาลค่ายศรีสองรัก         | โรงพยาบาลวังยาง                     |
| โรงพยาบาลกุมภวาปี        | โรงพยาบาลกุँแก้ว               | โรงพยาบาลสร้างคอม                   |
| โรงพยาบาลเจริญศิลป์      | โรงพยาบาลนาหว้า                | โรงพยาบาลสกลนคร                     |
| โรงพยาบาลโคกศรีสุพรรณ    | โรงพยาบาลบ้านแพง               | โรงพยาบาลอากาศอำนวย                 |
| โรงพยาบาลเต่างอย         | โรงพยาบาลนาูง                  | โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน |
| โรงพยาบาลคำตากล้า        | โรงพยาบาลเพ็ญ                  | โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย    |
| โรงพยาบาลวาริชภูมิ       | โรงพยาบาลน้ำโสม                | โรงพยาบาลหนองแสง                    |
| โรงพยาบาลพังโคน          | โรงพยาบาลห้วยเกิ้ง             | โรงพยาบาลโพนนาแก้ว                  |
| โรงพยาบาลกุดบาก          | โรงพยาบาลกุดจับ                | โรงพยาบาลบ้านม่วง                   |
| โรงพยาบาลสังคม           | โรงพยาบาลโพนสวรรค์             | โรงพยาบาลนิคมน้ำอูน                 |
| โรงพยาบาลภูกระดึง        | โรงพยาบาลนาทม                  | โรงพยาบาลกุสุมาลย์                  |
| โรงพยาบาลวังสะพุง        | โรงพยาบาลศรีวิไล               | โรงพยาบาลนุ่งคล้า                   |
| โรงพยาบาลนาแห้ว          | โรงพยาบาลไชยวาน                | โรงพยาบาลบึงโขงหลง                  |
| โรงพยาบาลเขื่องคาน       | โรงพยาบาลหนองหาน               | โรงพยาบาลปากคาด                     |
| โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม | โรงพยาบาลหนองวัวซอ             | โรงพยาบาลเซกา                       |
| โรงพยาบาลศรีสงคราม       | โรงพยาบาลเรณูนคร               | โรงพยาบาลโซพิสัย                    |
| โรงพยาบาลปลาปาก          | โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ | โรงพยาบาลส่องดาว                    |
| โรงพยาบาลศรีธาตุ         | โรงพยาบาลนครพนม                | โรงพยาบาลนากลาง                     |
| โรงพยาบาลโนนสะอาด        | โรงพยาบาลโพธิ์ตาก              | โรงพยาบาลสุวรรณคูหา                 |
| โรงพยาบาลนาแก            | โรงพยาบาลสระใคร                | โรงพยาบาลศรีบุญเรือง                |
| โรงพยาบาลท่าอุเทน        | โรงพยาบาลเลย                   | โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร      |
| โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์    |                                |                                     |





**MOPH**  
Certificate



**Certification**

# โรงพยาบาลเอกชนแจ้งความจำนงค์เข้าร่วม Mohprompt Certificate ติดต่อ

คุณเดชา อุปถัมภ์ชาติ

โทร. 0818324269

E-mail : [dechaa@inet.co.th](mailto:dechaa@inet.co.th)