แบบฟอร์มการขอรหัสหน่วยงานบริการสุขภาพ

1. ชื่อหน่วยงาน ..... เริ่มดำเนินการวันที่ ..... เดือน ..... ปี .....
   สถานที่ตั้ง ..... หมู่ ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....
   รหัสไปรษณีย์ .....โทรศัพท์ ..... โทรสาร .....

2. ประเภทหน่วยงาน

☐ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	☐ ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล	☐ โรงพยาบาลทั่วไป
☐ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/กิ่งอำเภอ	☐ ศูนย์สุขภาพชุมชน สธ.	☐ โรงพยาบาลศูนย์
☐ สถานีอนามัย	☐ ศูนย์สุขภาพชุมชน นอก สธ.	☐ โรงพยาลเอกชน
☐ สถานบริการสาธารณสุขชุมชน	☐ คลินิกเอกชน	☐ โรงพยาบาลชุมชน
☐ ศูนย์บริการสาธารณสุข	☐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	☐ โรงพยาบาล นอก สธ.
☐ ศูนย์วิชาการ	☐ โรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข สาขา	☐ โรงพยาบาล นอก สป.สธ.

3. โครงสร้างอาคารสถานที่
   ☐ เป็นหน่วยงานที่ตั้งขึ้นใหม่
   ☐ เป็นหน่วยงานที่ตั้งขึ้นใหม่ภายใต้หน่วยงานเดิม
   สถานที่ตั้ง ☐ อยู่ภายใน หน่วยงานเดิม ☐ อยู่ภายนอก หน่วยงานเดิม

ชื่อหน่วยงานเดิม..... รหัสหน่วยงานเดิม.....

4. สังกัด (กระทรวง, กรม) ..... จำนวนเตียง (ตามจริง) .....จำนวนเตียง(ตามกรอบ).....

5. ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ 7.1 North .....East ..... (ระบบ UTM) Zone .....
   7.2 Latitude.....Longitude .....

6. จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ..... คน / จำนวนตำบลที่รับผิดชอบ..... ตำบล / จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ..... หมู่

7. จำนวนบุคลากรผู้ให้บริการ
   ☐ แพทย์ทั่วไป..... คน
   ☐ แพทย์เฉพาะทาง :

☐ อายุรศาสตร์ทั่วไป..... คน	☐ ศัลยศาสตร์..... คน
☐ ศัลยศาสตร์ ออร์โธปิดิกส์..... คน	☐ สูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา ..... คน
☐ โสต ศอ นาสิกวิทยา..... คน	☐ จักษุวิทยา..... คน
☐ จิตเวชศาสตร์..... คน	☐ พยาธิวิทยากายวิภาค..... คน
☐ เวชศาสตร์ฟื้นฟู ..... คน	☐ เวชศาสตร์ครอบครัว ..... คน
☐ เวชปฏิบัติทั่วไป ..... คน	☐ เวชศาสตร์ป้องกัน ..... คน
☐ รังสีวิทยา ..... คน	☐ วิสัญญีวิทยา ..... คน

8. ข้อมูลการให้บริการ

☐ ทั่วไป	☐ กุมารเวชกรรม	☐ รังสี	☐ ชันสูตร	☐ จิตเวช
☐ จักษุ	☐ โสต ศอ นาสิก	☐ ออร์โธปิดิกส์	☐ สูติ-นรีเวชกรรม	☐ อายุรกรรม
☐ ศัลยกรรม	☐ แพทย์แผนไทย	☐ อื่นๆ ระบุ		

9. เครื่องมือแพทย์

☐ เครื่องมือเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT SCAN).....เครื่อง	☐ เครื่องมือตรวจอวัยวะด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI)……
☐ เครื่องสลายนิ่ว.....เครื่อง	☐ เครื่องเลเซอร์ (เครื่องแกมมาไนฟ์)……..เครื่อง
☐ เครื่องอัลตราซาวด์.....เครื่อง	☐ เครื่องล้างไต.....เครื่อง
☐ เครื่องมือแพทย์ทั่วไป.....เครื่อง	

10. ผู้ประสานงาน ..... หน่วยงาน ..... เบอร์ติดต่อ..... e-mail.....
11. เอกสารประกอบการขอรหัสหน่วยงาน (หนังสืออนุมัติให้เปิดดำเนินการจากหน่วยงานต้นสังกัด)

ลงนาม .....
(.....)
ตำแหน่ง .....
(หัวหน้าส่วนราชการ) .....