



แนวทางการขึ้นทะเบียน

หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ปี ๒๕๖๔
ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒



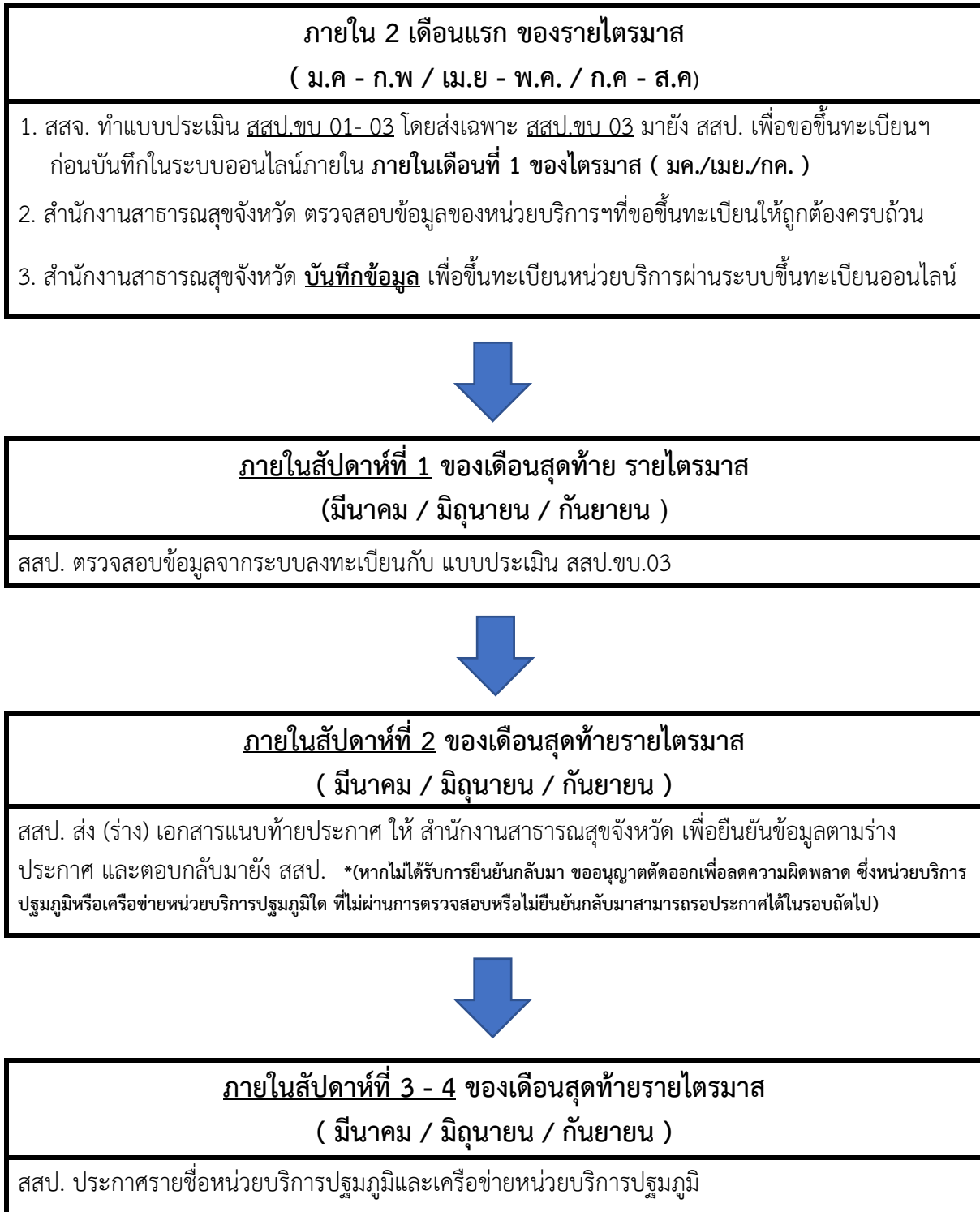
สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แนวทางการขึ้นทะเบียน

หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี ๒๕๖๔
ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แนวทางการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ



แบบคำขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิประเภท 2 (Cluster)

- เขตสุขภาพที่.....
- จังหวัด.....
- อำเภอ.....
- รหัสสถานบริการ.....(กรอกรหัส 5 หลักของ กยผ.)
- ชื่อโรงพยาบาลแม่ข่าย.....
- รหัสสถานบริการ.....(กรอกรหัส 5 หลักของ กยผ.)
- ชื่อเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิประเภท 2 (แม่ข่าย Cluster).....
- ปีที่ขึ้นทะเบียน.....

ส่วนที่ 2 รายละเอียดผู้บริหารเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิประเภท 2 (Cluster)

- ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว).....
- รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)
- เบอร์โทรศัพท์.....(กรอกหมายเลข10หลัก)

ส่วนที่ 3 รายละเอียด แม่ข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ / เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

- รหัสสถานบริการ.....(กรอกรหัส 5 หลักของ กยผ.)
- ชื่อแม่ข่าย(หน่วยบริการปฐมภูมิ / เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ).....
- รหัส 7 หลัก (หน่วยบริการปฐมภูมิ / เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ).....
- ชื่อ-นามสกุลผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - 1) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว).....
 - ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)

ส่วนที่ 4 รายละเอียดหน่วยบริการภายใน

- รหัสสถานบริการ.....(กรอกรหัส 5 หลักของ กยผ.)
- ชื่อหน่วยบริการภายใน.....
- วัน/เดือน/ปีที่เปิดดำเนินการ.....

● ประชากร (DBPOP)

- ประชากรสิทธิ UC(UCS+WEL).....(กรอกจำนวนคน)
- ประชากรสิทธิ ข้าราชการ(OFC).....(กรอกจำนวนคน)
- ประชากรสิทธิ ประกันสังคม(SSS)..... (กรอกจำนวนคน)
- ประชากรสิทธิพนักงานท้องถิ่น(LGO)..... (กรอกจำนวนคน)

แบบคำขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

- ประชากรไร้สิทธิ(กรอกจำนวนคน)
- ประชากรแรงงานต่างด้าว..... (กรอกจำนวนคน)

● ชื่อ-สกุลแพทย์

- 1) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)
วุฒิการศึกษา
 - วุฒิบัตรเวชศาสตร์ครอบครัว เลขที่.....(กรอกเลขที่บัตร)
 - อนุมัติบัตรเวชศาสตร์ครอบครัว เลขที่.....(กรอกเลขที่บัตร)
 - ผ่านการอบรมระยะสั้นเวชศาสตร์ครอบครัวของราชวิทยาลัย รุ่นที่.....
(กรอกเลขรุ่น)
 - Basic Course ผ่านเขตสุขภาพที่.....(แพทย์ที่รอบรมจากเขตปี 63)
 - อบรม *** (หากแพทย์อบรม จะไม่นับเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนแล้ว แต่สามารถขึ้นทะเบียนรอในระบบไปได้)**

● ชื่อ-สกุลพยาบาล

- 1) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)
- 2) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)
- 3) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)
- 4) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)
- 5) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)
- 6) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)
- 7) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)
- 8) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)
- 9) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)
- 10) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)

● ชื่อ-สกุลนักวิชาการ

แบบคำขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

- 6) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)
- 7) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)
- 8) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)
- 9) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)
- 10) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)

ข้อมูลการจัดการระบบบริการ(System)

รายการ	มี	ชื่อโปรแกรม/ Line Group
Line Group บริการ24ชั่วโมง		ชื่อ
Continuty Care (การเยี่ยมบ้าน)		
Green Chanel		
Server		ชื่อ
ระบบข้อมูลเชื่อมกับแม่ข่าย		ชื่อ
Lab Inverstigation		

ข้อมูลครุภัณฑ์ที่มีอยู่

รายการ	มี	จำนวน
ครุภัณฑ์ใน เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิประเภท 2 (Cluster)		
เครื่องวัดความดันลูกตาแบบไม่สัมผัสกระจกตา		
กล้องถ่ายภาพจอประสาทตาดิจิทัล		
ครุภัณฑ์ใน หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ		
รถบรรทุก (ดีเซล) ขนาด 1 ตัน ปริมาตรกระบอกสูบไม่ต่ำกว่า 2,400 ซีซี. หรือกำลังเครื่องยนต์สูงสุดไม่ต่ำกว่า 110 กิโลวัตต์ ขับเคลื่อน 4 ล้อ แบบดับเบิลแค้น พร้อมหลังคาไฟเบอร์กลาสหรือเหล็ก (พื้นที่สูง)		
รถบรรทุก (ดีเซล) ขนาด 1 ตัน ปริมาตรกระบอกสูบไม่ต่ำกว่า 2,400 ซีซี. หรือกำลังเครื่องยนต์สูงสุดไม่ต่ำกว่า 110 กิโลวัตต์ ขับเคลื่อน 2 ล้อ แบบดับเบิลแค้น พร้อมหลังคาไฟเบอร์กลาสหรือเหล็ก (พื้นที่ปกติ)		
เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ชนิดสี 2 หัวตรวจ		
เครื่องดึงคอและหลังอัตโนมัติพร้อมเตียงปรับระดับได้		

แบบคำขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

เครื่องกระตุ้นปลายประสาทด้วยไฟฟ้า		
เครื่องฝึกยืนพร้อมเตียงไฟฟ้า		
เครื่องอบความร้อนคลื่นสั้น		
หม้อต้มแผ่นความร้อน		
หม้อแช่พาราฟิน		
ยูนิตทันตกรรม		
รถจักรยานยนต์ ขนาด 150 ซีซี		
เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจชนิดอัตโนมัติ (AED)		
เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ		
เครื่องวัดความดันโลหิต แบบสอดแขนชนิดอัตโนมัติ		
เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Pulse Oximeter)		
ชนิดพกพา		
เครื่องฟังเสียงหัวใจของทารกในครรภ์ (Fetal Doppler)		
เครื่องผลิตออกซิเจน (Oxygen generator) ขนาด 8 ลิตร		
เครื่องปั่นฮีมาโตคริต (Hematocrit Centrifuge)		
เครื่องนึ่งฆ่า (Autoclave) เชื้อไฟฟ้า ไม่น้อยกว่า 40 ลิตร		

แบบตรวจประเมินการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔)

วันที่ตรวจประเมิน วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ส่วนที่ ๑ รายละเอียดการตรวจประเมิน

การตรวจประเมิน

- หน่วยบริการประเมินตนเอง
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประเมิน

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

๒.๑ รายละเอียดทั่วไป

- ชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิ.....
 ชื่อเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ.....

รหัสหน่วยบริการ ๗ หลัก

สถานที่ตั้ง เลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

โทรสาร..... อีเมลล์.....

ขนาดสถานบริการ.....

รหัสสถานบริการ ๕ หลัก

จำนวนประชากรต่อหน่วยบริการแยกตามสิทธิประโยชน์ (DBPOP)

- | | | |
|--|-------------|----|
| <input type="radio"/> สิทธิ UC | จำนวน | คน |
| <input type="radio"/> สิทธิข้าราชการ | จำนวน | คน |
| <input type="radio"/> สิทธิรัฐวิสาหกิจ | จำนวน | คน |
| <input type="radio"/> สิทธิและกันสังคม | จำนวน | คน |
| <input type="radio"/> สิทธิหน่วยงานรัฐอื่น ระบุ..... | จำนวน | คน |
| <input type="radio"/> อื่นๆ โปรดระบุ..... | จำนวน | คน |

รวมทั้งสิ้นจำนวน

๒.๒ สังกัด

- รัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 - นอกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระบุกรม
- รัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- ระบุกระทรวง.....
 - สังกัดย่อย.....
- เอกชน
- ชื่อบริษัท/เจ้าของกิจการ.....
 - ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานบริการ เลขที่.....
 - ใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล เลขที่.....

ส่วนที่ ๓ การประเมินตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียน หน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

เกณฑ์การตรวจประเมิน หน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	ผลประเมิน ตนเอง		ผลประเมิน จังหวัด		สิ่งที่ต้องปรับปรุง
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	
หมวดที่ ๑ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อมเอื้ออำนวยต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามความเหมาะสมของผู้รับบริการ					
๑.๑ สถานที่บริการสะอาด ปลอดภัย การจัดการบริการแต่ละด้านแยกเป็นสัดส่วนที่เหมาะสม					
๑.๒ มีแสงสว่างเพียงพอ อาคารถ่ายเทได้ดี					
๑.๓ มีพื้นที่ให้บริการเพียงพอต่อประชากรที่เข้ารับบริการ					
๑.๔ มีอุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ที่จำเป็น และถูกจัดไว้ในพื้นที่ที่เหมาะสม					
๑.๕ มีตู้/อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์สำหรับเก็บประวัติผู้มารับบริการสามารถค้นหาง่าย					
๑.๖ สถานที่ปลอดภัยต่อผู้ให้บริการ/ผู้รับบริการ ทั้งด้านกายภาพและสารเคมี					
๑.๗ ปลอดภัยและสะดวกต่อการเข้าถึงบริการและการส่งต่อไปยังหน่วยบริการหรือสถานบริการแห่งอื่น					
๑.๘ มีพื้นที่รับผิดชอบ ดูแลประชาชน ประมาณ ๑๐,๐๐๐±๒,๐๐๐ คนหรือตามบริบทของพื้นที่					
ส่วนที่ ๒ สถานที่ตั้งหน่วยบริการอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้รับบริการในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการนั้น					
๒.๑ มีป้ายบ่งบอกว่าเป็นหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ชัดเจน					
๒.๒ หน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิมีทางเข้าออกที่ชัดเจน					
ส่วนที่ ๓ มีบุคลากรและศักยภาพที่สามารถให้บริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างน้อย					
๓.๑ ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการจัดการบริการ เช่น งบประมาณ เวชภัณฑ์ เป็นต้น					
๓.๒ การดูแลสุขภาพของผู้เข้ารับบริการในพื้นที่ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ					
๓.๓ บริการด้านข้อมูลสุขภาพและการให้คำปรึกษาแก่ประชาชน					
๓.๔ จัดให้มีบริการเยี่ยมบ้าน การดูแลระยะยาวและบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน					
๓.๔ บริการสร้างเสริมสุขภาพ และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง					
๓.๕ บริการควบคุมโรค ป้องกันโรค ตรวจวินิจฉัย รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง					
๓.๖ จัดให้มีบริการเยี่ยมบ้าน การดูแลระยะยาวและบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน					
๓.๗ ส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่มีศักยภาพและมีการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและครอบครัว					
๓.๘ ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งการป้องกันและควบคุมโรคภายในชุมชน					

เกณฑ์การตรวจประเมิน หน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	ผลประเมิน ตนเอง		ผลประเมิน จังหวัด		สิ่งที่ต้องปรับปรุง
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	
ส่วนที่ ๔ มีเวลาทำการไม่น้อยกว่าแปดชั่วโมงต่อวันเป็นเวลาห้าวันต่อสัปดาห์โดยหากมีการให้บริการนอกเวลาทำการ ต้องจัดให้มีการแจ้งให้ ผู้รับบริการในเขตพื้นที่ทราบเป็นการทั่วไป					
๔.๑ มีป้ายแจ้งเวลาทำการ เปิด-ปิด ที่ชัดเจน					
๔.๒ มีตารางการปฏิบัติงาน/การให้บริการที่ชัดเจน					
ส่วนที่ ๕ มีระบบสารสนเทศที่เหมาะสมกับการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิและข้อมูลด้านสุขภาพตามประกาศ คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ					
๕.๑ ระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก (Application/Line/SMS/Telephone)					
๕.๒ ข้อมูลการส่งต่อ-รับกลับของผู้เข้ารับบริการ					
๕.๓ มีการเก็บข้อมูลผู้เข้ารับบริการ					
๕.๔ มีประวัติการรักษาพยาบาลที่เป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และมีการ สำรองข้อมูล					
ส่วนที่ ๖ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องมีดังนี้					
๖.๑ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอย่างน้อย ๑ คน					
๖.๒ มีผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพการ พยาบาลและการพุดงครรภ์ จำนวน ๒ คนขึ้นไป					
๖.๓ ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน จำนวน ๒ คนขึ้นไป					

รายชื่อทีมตรวจประเมิน

๑.	หัวหน้าทีมตรวจประเมิน	ลงชื่อ.....
๒.	ผู้ตรวจประเมิน	ลงชื่อ.....
๓.	ผู้ตรวจประเมิน	ลงชื่อ.....
๔.	ผู้ตรวจประเมิน	ลงชื่อ.....
๕.	ผู้ตรวจประเมิน	ลงชื่อ.....
๖.	ผู้ตรวจประเมิน	ลงชื่อ.....
๗.	ผู้ตรวจประเมิน	ลงชื่อ.....
๘.	ผู้ตรวจประเมิน	ลงชื่อ.....
๙.	ผู้ตรวจประเมิน	ลงชื่อ.....
๑๐.	ผู้ตรวจประเมิน	ลงชื่อ.....
๑๑.	ผู้ตรวจประเมิน	ลงชื่อ.....

ผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิหรือ
เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
.....
(.....)

สรุปผลการประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผ่าน (ต้องมีทุกข้อ) ไม่ผ่าน

แนวทางพัฒนา/ปรับปรุงแก้ไข

.....

.....

.....

.....

หัวหน้าทีมผู้ตรวจประเมิน

.....
(.....)

รับทราบผลการตรวจประเมิน

.....
(.....)

ผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิหรือ
เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

แบบสรุปรายการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

เขตสุขภาพที่.....

จังหวัด.....

ลำดับ	อำเภอ	ชื่อโรงพยาบาลแม่ข่าย	ชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ ชื่อเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	ชื่อแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน	อว.	วว.	SC	BC	ประเมิน ตนเอง	สสจ. ประเมิน	จำนวน ประชากรรวม	หมายเหตุ / เหตุผลที่ ปชก เเกิน
					ใส่เครื่องหมาย ✓ เท่านั้น							

หมายเหตุ ผ่านการอบรมจากหลักสูตร ดังนี้

- ๑. BC = หลักสูตรพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฐมภูมิ Basic Course of Family Medicine for Primary Care Doctor
- ๒. SC = หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว” พ.ศ. ๒๕๖๒ Fundamental Family Medicine Course for Physicians in Primary Care Unit ๒๐๑๔
- ๓. เฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนใหม่เท่านั้น

ผู้รับรองแบบสรุป

(.....)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

แนวทางขอเปลี่ยนแปลง แก้ไข ยกเลิกหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

ภายในเดือนที่ 1 ของรายไตรมาส (ม.ค / เม.ย / ก.ค)
กรณีหน่วยบริการปฐมภูมิฯ ต้องการแก้ไข เปลี่ยนแปลง /ยกเลิกหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (เฉพาะที่ได้ประกาศจากรอบที่ผ่านมา) โดยส่งไฟล์สแกนสิ่งที่ส่งมาด้วย 5 หรือ 6 (PDF) มายัง Email / Line ของผู้รับผิดชอบ ภายในเดือนที่ 1 ของไตรมาส (มค./เมย./กค.)



ภายในเดือนที่ 2 ของรายไตรมาส (ก.พ. / พ.ค. / ส.ค.)
ให้แก้ไขข้อมูลในระบบขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายในวันที่ 15 ของเดือนที่ 2 ของไตรมาส (ก.พ. / พ.ค. / ส.ค.)



ในสัปดาห์ที่ 2 ของเดือนสุดท้ายรายไตรมาส (มีนาคม / มิถุนายน / กันยายน)
สสป. ส่ง (ร่าง) เอกสารแนบท้ายประกาศ ให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อยืนยันข้อมูลตามร่างประกาศ และตอบกลับมายัง สสป. *(หากไม่ได้รับการยืนยันกลับมา ขออนุญาตตัดออกเพื่อลดความผิดพลาด ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิใด ที่ไม่ผ่านการตรวจสอบหรือไม่ยืนยันกลับมาสามารถรอประกาศได้ในรอบถัดไป)

แบบฟอร์ม ขอยกเลิก หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

เขตสุขภาพที่ จังหวัด

ผู้ยื่นคำร้องขอยกเลิกหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่น ๆ)

ชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามประกาศ

หน่วยบริการปฐมภูมิ ชื่อ

เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ชื่อ

ประกอบด้วยหน่วยบริการภายในดังนี้ (เฉพาะเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเท่านั้น)

1. 3.

2. 4.

5. 6.

ตามประกาศ ครั้งที่/..... ปีงบประมาณ ลงวันที่เดือน พ.ศ.

หน้า (ในประกาศ)

ข้าพเจ้าขอยกเลิก

หน่วยบริการปฐมภูมิ / เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ชื่อ

เหตุผล/ความจำเป็น

หมายเหตุ

- การยกเลิกหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ได้ออกประกาศไปแล้ว ให้แจ้งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้แนบบแบบฟอร์ม พร้อมระบุเหตุผลความจำเป็น
- แบบฟอร์ม 1 ฉบับ ต่อหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
- เลือกทำเฉพาะข้อ หรือหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ต้องการแก้ไขเท่านั้น

.....
()

หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิหรือ

เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

.....
()

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....