



แบบฟอร์มขอใช้บริการเชื่อมโยงข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์  
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน)

ชื่อหน่วยงานผู้ขอใช้บริการ

ชื่อ - นามสกุล ผู้ขอใช้บริการ (ภาษาไทย)

ชื่อ - นามสกุล ผู้ขอใช้บริการ (ภาษาอังกฤษ)

อีเมลผู้ขอใช้บริการหรือผู้ประสานงาน

เลขทะเบียนนิติบุคคล/เลขประจำตัวผู้เสียภาษี

ชื่อหน่วยงาน/ชื่อนิติบุคคล (ภาษาไทย)

ชื่อหน่วยงาน/ชื่อนิติบุคคล (ภาษาอังกฤษ)

ชื่อย่อหน่วยงาน (ภาษาไทย)

ชื่อย่อหน่วยงาน (ภาษาอังกฤษ)

รายละเอียดประกอบการพิจารณาการขอเชื่อมโยงข้อมูล

วัตถุประสงค์การขอใช้บริการ

รูปแบบข้อมูล

รูปแบบ API ข้อมูลบน data.ha.or.th     รูปแบบ File ระบุ : .....

สิทธิและประเภทข้อมูลที่ต้องการใช้

ข้อมูลการรับรองคุณภาพ (HA Accreditation)

ข้อมูลมิติด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร

ข้อมูลระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพ

(2P Safety Hospitals)

โรงพยาบาล (THIP)

ข้อมูลคู่มือและเอกสารประกอบ

ข้อมูลสถิติด้านคุณภาพของสถานพยาบาล

ข้อมูลอื่นๆ โปรดระบุ : .....

ข้อมูลระเบียบและประกาศ

ผู้ขอใช้บริการเชื่อมโยงข้อมูลต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ยอมรับไว้กับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) อย่างเคร่งครัด ดังนี้

- หน่วยงาน นิติบุคคล และ องค์กร ซึ่งเป็นผู้ขอเชื่อมโยงข้อมูลจะต้องรักษารหัสผู้ใช้งานและรหัสผ่านในการเชื่อมโยงข้อมูลไม่ให้ผู้ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องทราบ หากรหัสผู้ใช้งานและรหัสผ่านถูกเปิดเผยโดยผู้ขอเชื่อมโยงข้อมูลหรือเจ้าหน้าที่ของผู้เชื่อมโยงเจตนาหรือประมาทเลินเล่อก็ตาม หากผู้ล่วงรู้ว่ารหัสผู้ใช้งานและรหัสผ่านไปใช้ในการดำเนินการใดๆ ให้ถือเสมือนว่าผู้ขอเชื่อมโยงข้อมูลเป็นผู้กระทำการนั้นเอง เว้นแต่ ผู้ขอเชื่อมโยงข้อมูลจะพิสูจน์ได้ว่าตนมิได้เจตนาหรือประมาทเลินเล่อจนเป็นเหตุให้รหัสผู้ใช้งานและรหัสผ่านถูกเปิดเผย

ผู้ขอใช้บริการ

ผู้บังคับบัญชา/หัวหน้าส่วนราชการ/ผู้บริหารของหน่วยงาน

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(ตำแหน่ง.....)

(ตำแหน่ง.....)

วันที่.....

วันที่.....