

แบบฟอร์ม มปสร ๐๑

คำร้องขอรับรองมาตรฐานโปรแกรมระบบโรงพยาบาล

ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันที่ \_\_\_\_\_

๑. ชื่อโปรแกรมระบบโรงพยาบาล \_\_\_\_\_

๒. รุ่น (version) ที่ขอรับรองมาตรฐาน \_\_\_\_\_

๓. วันที่พัฒนาสำเร็จ \_\_\_\_\_

๔. ชื่อเจ้าของลิขสิทธิ์/สิทธิบัตร \_\_\_\_\_

๕. โรงพยาบาลที่ใช้ระบบนี้ในปัจจุบัน (ระบุอย่างน้อย ๑ โรงพยาบาล)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

๖. หน่วยย่อย (Module) ที่สำคัญในระบบ

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

๗. ลงนามผู้ขอรับรอง \_\_\_\_\_

๘. ชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง \_\_\_\_\_

หน่วยงาน \_\_\_\_\_

ที่อยู่ \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_