

คู่มือสำหรับประชาชน : ขั้นตอนการขอข้อมูลด้านสุขภาพอำเภอภูเพียง
 หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน

๑. ชื่อกระบวนการ : การขอข้อมูลด้านสุขภาพอำเภอภูเพียง
๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ : งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน
๓. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยงานเดียว
๔. หมวดหมู่ของงานบริการ : งานบริการ
๕. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง : พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. ๒๕๔๐
๖. พื้นที่ให้บริการ : ส่วนท้องถิ่น
๗. ข้อมูลสถิติ :
 - จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๐
 - จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๐
 - จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๐

๘. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน : ขั้นตอนการขอข้อมูลด้านสุขภาพอำเภอภูเพียง

๙. ช่องทางการให้บริการ :

- สถานที่ให้บริการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง เลขที่ ๔๔๒ หมู่ที่ ๓ ตำบลม่วงตึ๊ด อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน ๕๕๐๐๐ โทรศัพท์ ๐๕๔-๗๑๘๗๔๕
- ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๖.๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

- หมายเหตุ -

๑๐. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑	กรอกแบบคำขอข้อมูลข่าวสาร	ยื่นแบบคำขอข้อมูลข่าวสาร	๑๕ นาที	งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ	
๒	ตรวจสอบแบบคำขอข้อมูลข่าวสาร	พิจารณา ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลแบบคำขอข้อมูลข่าวสาร และสอบถามรายละเอียดประกอบแบบคำขอเพิ่มเติม	๑๕ นาที	งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ	
๓	การพิจารณา	เสนอแบบคำขอข้อมูลข่าวสารให้ผู้มีอำนาจอนุญาต	๓๐ นาที	งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ	
๔	รับข้อมูล	รับข้อมูลที่ต้องการตามรูปแบบที่ตกลงในแบบคำขอ	๗ วัน	งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ	

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๗ วัน ๑ ชั่วโมง

๑๑. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการแล้ว
 ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

๑๒. ช่องทางการร้องเรียน

- ไปรษณีย์ เลขที่ ๔๔๒ หมู่ที่ ๓ ตำบลม่วงตึ๊ด อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน รหัสไปรษณีย์ ๕๕๐๐๐
- เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง www.pupiang.com
- ร้องเรียนผ่านโทรศัพท์หรือทางโทรสาร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง หมายเลขโทรศัพท์ ๐๕๔-๗๑๘๗๔๕ หมายเลขโทรสาร ๐๕๔-๗๑๘๗๔๕
- กล้องรับเรื่องราวร้องทุกข์ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง
- E-mail สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง : srrtpupiang@gmail.com

วันที่พิมพ์	๘ มีนาคม ๒๕๖๒
สถานะ	เผยแพร่คู่มือบนเว็บไซต์แล้ว
จัดทำโดย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง
อนุมัติโดย	สาธารณสุขอำเภอภูเพียง
เผยแพร่โดย	งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ

แบบคำขอข้อมูลข่าวสาร

สำหรับเจ้าหน้าที่
รับที่.....
วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
อาชีพ.....สถานที่ทำงาน/สถานศึกษา.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรสาร.....
มีความประสงค์ขอรับบริการข้อมูลข่าวสารตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. ๒๕๔๐
โดย ขอตรวจดู ขอคัดสำเนา ขอเอกสาร
 ขอคัดสำเนาที่มีคำรับรองถูกต้อง อื่น ๆ
ในเรื่องต่อไปนี้ ๑.....
๒.....
๓.....
เพื่อใช้ประโยชน์ (ถ้ามี).....

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

<p>ความเห็นผู้รับผิดชอบงานข้อมูลข่าวสาร</p> <p>เรียน สาธารณสุขอำเภอภูเพียง</p> <p>ข้อมูลข่าวสารตามคำร้องเป็นข้อมูลประเภท</p> <p><input type="checkbox"/> เปิดเผยได้ <input type="checkbox"/> เปิดเผยไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> อนุญาต เพราะ.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่อนุญาต เพราะ.....</p> <p>.....</p> <p>จึงเรียนมาเพื่อ โปรดทราบ</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>...../...../.....</p>	<p>คำสั่ง ผู้อนุญาต</p> <p><input type="checkbox"/> อนุญาต</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่อนุญาต</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(นายชววิช สิทธิยศ)</p> <p>ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอภูเพียง</p> <p>...../...../.....</p>
--	---

หมายเหตุ หากท่านไม่เห็นด้วยกับคำสั่งนี้ ท่านมีสิทธิอุทธรณ์ต่อคณะทำงานบริหารจัดการเว็บไซต์ของ
หน่วยงานภายใน ๑๕ วัน นับแต่วันที่ทราบคำสั่งนี้

คู่มือสำหรับประชาชน : ขั้นตอนการขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของ อสม.
 หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน

๑. ชื่อกระบวนการ : การขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของ อสม.
๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ : งานสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน
๓. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยงานเดียว
๔. หมวดหมู่ของงานบริการ : งานบริการ
๕. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง : พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. ๒๕๔๐
๖. พื้นที่ให้บริการ : ส่วนท้องถิ่น
๗. ข้อมูลสถิติ :
 - จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๐
 - จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๐
 - จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๐
๘. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน : ขั้นตอนการขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
๙. ช่องทางการให้บริการ :
 - สถานที่ให้บริการ
 ๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝายแก้ว อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๕๔-๖๘๓๐๔๒
 ๒. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงตึ๊ด อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๕๔-๗๙๘๖๔๔
 ๓. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าแร่ อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๕๔-๗๑๘๙๘๙
 ๔. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาปัง อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๕๔-๗๑๘๓๕๓
 ๕. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมืองจั่ง อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๕๔-๗๘๓๑๑๖
 ๖. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำแก่น อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๕๔-๖๘๓๓๔๔
 ๗. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองจั่ง อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๕๔-๗๑๘๔๔๙
 ๘. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำเกี๋ยน อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๕๔-๖๘๔๐๖๖
 ๙. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบุปผาราม อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๕๔-๗๑๘๗๗๔
 ๑๐. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงป่าสัก อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๕๔-๗๓๑๗๕๖
 ๑๑. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๕๔-๗๑๘๗๔๕
 - ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
 ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๖.๓๐ น. (มีพักเที่ยง)
 - หมายเหตุ -

๑๐. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑	กรอกแบบคำขอหนังสือรับรอง	ยื่นคำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล สำเนาบัตร	๕ นาที	ผู้รับผิดชอบงานสนับสนุนสุขภาพภาค	

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
	การมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล	ประจำตัว อสม. และสำเนาบัตรประชาชน		ประชาชน	
๒	ตรวจสอบแบบคำขอหนังสือรับรองฯ	พิจารณา ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลแบบคำขอหนังสือรับรองฯ และสอบถามรายละเอียดประกอบแบบคำขอฯเพิ่มเติม	๑๐ นาที	ผู้รับผิดชอบงานสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน	
๓	การพิจารณา	เสนอแบบคำขอหนังสือรับรองฯโดยผู้รับผิดชอบงานสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนของ รพ.สต./สสอ.	๕ นาที	ผู้รับผิดชอบงานสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน	
๔	รับเอกสารหนังสือรับรองฯ	รับเอกสารหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามแบบฟอร์มที่กำหนด ลงนามโดย ผอ.รพ.สต./สสอ.	๑๐ นาที	ผู้รับผิดชอบงานสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน	

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๓๐ นาที

๑๑. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

๑๒. ช่องทางการร้องเรียน

- ไปรษณีย์ เลขที่ ๔๔๒ หมู่ที่ ๓ ตำบลม่วงตึ๊ด อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน รหัสไปรษณีย์ ๕๕๐๐๐
- เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง www.pupiang.com
- ร้องเรียนผ่านโทรศัพท์หรือทางโทรสาร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง หมายเลขโทรศัพท์ ๐๕๔-๗๑๘๗๔๕ หมายเลขโทรสาร ๐๕๔-๗๑๘๗๔๕
- กล่องรับเรื่องราวร้องทุกข์ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง
- E-mail สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง : srrtpupiang@gmail.com

วันที่พิมพ์	๘ มีนาคม ๒๕๖๒
สถานะ	เผยแพร่คู่มือบนเว็บไซต์แล้ว
จัดทำโดย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง
อนุมัติโดย	สาธารณสุขอำเภอภูเพียง
เผยแพร่โดย	งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ

คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

๑. ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....
ซอย/ตรอก.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....

เลขที่ประจำตัวประชาชน - - - -

มีความประสงค์ขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า โดย

ข้าพเจ้ามีสิทธิในกรณี ปฏิบัติงานหน้าที่ อสม. มาแล้วตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....

เป็น อสม. ดีเด่น ระดับ.....ปี พ.ศ.....

และข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ตั้งแต่วันที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบ
กระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ.๒๕๕๐

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่

๒. เสนอ.....

ขอรับรองว่า อสม. ผู้นี้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวง
สาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๐ สมควรออกหนังสือรับรองได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ : เสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้ที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมอบหมาย



ที่.....

.....
.....

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ด้วย.....อายุ..... ปี เลขที่ประจำตัวประชาชน
.....อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....แจ้งว่าได้เข้ารับการ
รักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยใน และขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการ
ช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๐
ปฏิบัติหน้าที่ อสม. มาตั้งแต่ปี พ.ศ..... จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหาร
พิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

.....

ส่วนราชการ

โทร.....

โทรสาร.....

คู่มือสำหรับประชาชน : ขั้นตอนการขอข้อมูลด้านสุขภาพอำเภอภูเพียง
 หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน

๑. ชื่อกระบวนการ : การขอข้อมูลด้านสุขภาพอำเภอภูเพียง
๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ : งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน
๓. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยงานเดียว
๔. หมวดหมู่ของงานบริการ : งานบริการ
๕. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง : พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. ๒๕๔๐
๖. พื้นที่ให้บริการ : ส่วนท้องถิ่น
๗. ข้อมูลสถิติ :
 - จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๐
 - จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๐
 - จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๐
๘. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน : ขั้นตอนการขอข้อมูลด้านสุขภาพอำเภอภูเพียง
๙. ช่องทางการให้บริการ :
 - สถานที่ให้บริการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง เลขที่ ๔๔๒ หมู่ที่ ๓ ตำบลม่วงตึ๊ด อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน ๕๕๐๐๐ โทรศัพท์ ๐๕๔-๗๑๘๗๔๕
 - ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๖.๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

- หมายเหตุ -

๑๐. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑	กรอกแบบคำขอข้อมูลข่าวสาร	ยื่นแบบคำขอข้อมูลข่าวสาร	๑๕ นาที	งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ	
๒	ตรวจสอบแบบคำขอข้อมูลข่าวสาร	พิจารณา ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลแบบคำขอข้อมูลข่าวสาร และสอบถามรายละเอียดประกอบแบบคำขอเพิ่มเติม	๑๕ นาที	งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ	
๓	การพิจารณา	เสนอแบบคำขอข้อมูลข่าวสารให้ผู้มีอำนาจอนุมัติ	๓๐ นาที	งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ	
๔	รับข้อมูล	รับข้อมูลที่ต้องการตามรูปแบบที่ตกลงในแบบคำขอ	๗ วัน	งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ	

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๗ วัน ๑ ชั่วโมง

๑๑. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการแล้ว
 ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

๑๒. ช่องทางการร้องเรียน

- ไปรษณีย์ เลขที่ ๔๔๒ หมู่ที่ ๓ ตำบลม่วงตึ๊ด อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน รหัสไปรษณีย์ ๕๕๐๐๐
- เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง www.pupiang.com
- ร้องเรียนผ่านโทรศัพท์หรือทางโทรสาร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง หมายเลขโทรศัพท์ ๐๕๔-๗๑๘๗๔๕ หมายเลขโทรสาร ๐๕๔-๗๑๘๗๔๕
- กล่องรับเรื่องราวร้องทุกข์ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง
- E-mail สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง : srrtpupiang@gmail.com

วันที่พิมพ์	๘ มีนาคม ๒๕๖๒
สถานะ	เผยแพร่คู่มือบนเว็บไซต์แล้ว
จัดทำโดย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง
อนุมัติโดย	สาธารณสุขอำเภอภูเพียง
เผยแพร่โดย	งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ

แบบคำขอข้อมูลข่าวสาร

สำหรับเจ้าหน้าที่
รับที่.....
วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
อาชีพ.....สถานที่ทำงาน/สถานศึกษา.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรสาร.....
มีความประสงค์ขอรับบริการข้อมูลข่าวสารตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. ๒๕๔๐
โดย ขอตรวจดู ขอคัดสำเนา ขอเอกสาร
 ขอคัดสำเนาที่มีคำรับรองถูกต้อง อื่น ๆ
ในเรื่องต่อไปนี้ ๑.....
๒.....
๓.....
เพื่อใช้ประโยชน์ (ถ้ามี).....

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

<p>ความเห็นผู้รับผิดชอบงานข้อมูลข่าวสาร</p> <p>เรียน สาธารณสุขอำเภอภูเพียง</p> <p>ข้อมูลข่าวสารตามคำร้องเป็นข้อมูลประเภท</p> <p><input type="checkbox"/> เปิดเผยได้ <input type="checkbox"/> เปิดเผยไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> อนุญาต เพราะ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่อนุญาต เพราะ.....</p> <p>จึงเรียนมาเพื่อ โปรดทราบ</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p>	<p>คำสั่ง ผู้อนุญาต</p> <p><input type="checkbox"/> อนุญาต</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่อนุญาต</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(นายวิชาญ สิทธิยศ)</p> <p>ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอภูเพียง</p> <p>...../...../.....</p>
---	---

หมายเหตุ หากท่านไม่เห็นด้วยกับคำสั่งนี้ ท่านมีสิทธิอุทธรณ์ต่อคณะทำงานบริหารจัดการเว็บไซต์ของ
หน่วยงานภายใน ๑๕ วัน นับแต่วันที่ทราบคำสั่งนี้

คู่มือสำหรับประชาชน : ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุ้มผาง จังหวัดน่าน

๑. ชื่อกระบวนการ : ขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง)
๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ : งานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุ้มผาง จังหวัดน่าน
๓. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เชื่อมโยงหลายหน่วย
๔. หมวดหมู่ของงานบริการ : งานขึ้นทะเบียน
๕. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง : พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕
๖. พื้นที่ให้บริการ : ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น
๗. ข้อมูลสถิติ :

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๐

จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๐

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๐

๘. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน : ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง)

๙. ช่องทางการให้บริการ :

- สถานที่ให้บริการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุ้มผาง เลขที่ ๔๔๒ หมู่ที่ ๓ ตำบลม่วงตึ๊ด อำเภออุ้มผาง จังหวัดน่าน ๕๕๐๐๐ โทรศัพท์ ๐๕๔-๗๑๘๗๔๕
- ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๖.๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

- หมายเหตุ -

๑๐. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑	กรอกแบบคำร้องลงทะเบียนผู้มีสิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ยื่นแบบคำขอร้องฯและสำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรอื่นที่ราชการออกให้ที่มีเลขประจำตัว ๑๓ หลัก	๑๕ นาที	งานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุ้มผาง	
๒	ตรวจสอบแบบคำร้องฯ	พิจารณา ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลแบบคำร้อง และตรวจสอบฐานข้อมูลสิทธิ์ในระบบสำนักทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย	๒๐ นาที	งานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุ้มผาง	
๓	ลงทะเบียนสิทธิ์	บันทึกข้อมูลลงทะเบียนสิทธิ์ ออนไลน์ ๒ รอบ ก่อนวันที่ ๑๐ และ ๒๒ ของทุกเดือน	๑๒ วัน	งานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุ้มผาง	
๔	อนุมัติสิทธิ์	หน่วยงานกลาง อนุมัติสิทธิ์ ๒ รอบ วันที่ ๑๕ และ ๒๘ ของทุกเดือน	๑๕ วัน	สปสข.	

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๒๗ วัน ๓๕ นาที

๑๑. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

๑๒. ช่องทางการร้องเรียน

- ไปรษณีย์ เลขที่ ๔๔๒ หมู่ที่ ๓ ตำบลม่วงตึ๊ด อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน รหัสไปรษณีย์ ๕๕๐๐๐
- เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง www.pupiang.com
- ร้องเรียนผ่านโทรศัพท์หรือทางโทรสาร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง หมายเลขโทรศัพท์ ๐๕๔-๗๑๘๗๔๕ หมายเลขโทรสาร ๐๕๔-๗๑๘๗๔๕
- กล่องรับเรื่องราวร้องทุกข์ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง
- E-mail สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง : srrtpupiang@gmail.com

วันที่พิมพ์	๘ มีนาคม ๒๕๖๒
สถานะ	เผยแพร่คู่มือบนเว็บไซต์แล้ว
จัดทำโดย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง
อนุมัติโดย	สาธารณสุขอำเภอภูเพียง
เผยแพร่โดย	งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ

ส่วนที่ 1

ผู้บังคับชื่อ.....
ตำแหน่งและตำแหน่งและสถานที่.....
วันที่.....

1. รายละเอียด / ประเด็นสำคัญของเรื่อง
1.1 ชื่อ-สกุล (นาย,นาง,น.ส.,จ.ร.,จ.ช.,จ.ช.อ.)
เลขประจำตัวประชาชน
วันเดือนปีเกิด

1.2 ที่อยู่จริง และสถานที่ตั้งตัวบ้านเลขที่
อยู่บ้านเลขที่.....
อำเภอ.....
ตำบล.....
อำเภอ.....

2. เหตุผลการขอลงทะเบียน
[] ไม่เคยมีประวัติประกันสุขภาพถ้วนหน้า
[] เคยมีประวัติประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3. คำรับรอง
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าประเด็นสำคัญของเรื่องนี้เป็นที่.....
(ถือริชราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ประกันสังคม) และในกรณีของพ่อพี่น้องของกรมการประจำ

4. ข้าพเจ้ารับทราบว่าหากได้รับรอง ไม่มีความจริงจะส่งศาลให้กรมทะเบียนเป็น
5. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลของข้าพเจ้านี้เป็นที่.....

ลงชื่อ.....
ลงชื่อ.....
ลงชื่อ.....

3. การรับตัวประกันสุขภาพถ้วนหน้า
[] มารับตัวตนเอง
[] ส่งทางไปรษณีย์ (แบบของกรมการหรือเจ้าหน้าที่และติดแสตมป์)

แบบคำร้องขอทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า/ขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ

ส่วนที่ 2

หลักฐานที่ขอขึ้นมากับคำร้องลงทะเบียน
(เอกสารที่เป็นแบบฟอร์มต้องแนบมาด้วยเอกสารออกให้)

[] สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรที่ทางราชการออกให้
เลขประจำตัวประชาชนและรูปถ่ายติดตัว
[] สำเนาสูติบัตร (กรณีถืออายุต่ำกว่า 15 ปี)

[] สำเนาทะเบียนบ้านที่ผู้ลงทะเบียนมีชื่ออยู่
[] กรณีผู้ลงทะเบียนมีชื่ออยู่แต่ไม่ตรงกับทะเบียนบ้าน ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านที่พยานหลักฐานแสดงว่าผู้ลงทะเบียนมีชื่ออยู่จริง
[] กรณีมอบอำนาจ แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ

[] อื่นๆ ระบุ.....
หนังสือมอบอำนาจ
โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นาย,นาง,น.ส.,จ.ร.,จ.ช.,จ.ช.อ.
อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
ขอมอบอำนาจให้ นาย,นาง,น.ส.,จ.ร.,จ.ช.,จ.ช.อ.
อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล.....

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอรับผิดชอบตามที่ผู้มอบอำนาจ ได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือแนบมา ข้าพเจ้าได้กระทำไปโดยตนเอง

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจ
ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ

ส่วนที่ 3 หนังสือร้องการพักอาศัยอยู่จริง

สถานะผู้รับรอง
[] เจ้าบ้าน [] ผู้นำชุมชน [] นายจ้าง
[] อื่นๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,น.ส.,จ.ร.,จ.ช.,จ.ช.อ.)
ขอรับรองว่า (นาย,นาง,น.ส.,จ.ร.,จ.ช.,จ.ช.อ.)
พักอาศัยอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....

ชื่อ..... ที่อยู่.....
โทรศัพท์..... โทร.....
เลขที่..... ผู้รับรอง
(.....)

การรับรองเอกสารที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง
ผู้ที่รับรองอาจต้องรับผิดชอบเป็นความเสียหาย

จุดหมายรับคำร้อง.....
วันเดือนปีที่ของทะเบียน.....
ชื่อ-สกุล (ผู้ลงทะเบียน).....

เลขประจำตัวประชาชน (ผู้ลงทะเบียน).....
หน่วยบริการปฐมภูมิ.....
หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ..... จังหวัด.....

กำหนดวันรับบัตร.....
ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ลงทะเบียน(ตัวจริง).....
โทรศัพท์ จุดหมายรับรองทะเบียน.....

มีข้อสงสัยสอบถาม โทร 1330 ได้ทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง

ฉบับที่ 02 วันที่ 15 มกราคม 2553

คู่มือสำหรับประชาชน : ขั้นตอนการขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของ อสม.
หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุ้มผาง จังหวัดน่าน

๑. ชื่อกระบวนการ : การขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของ อสม.
๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ : งานสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุ้มผาง จังหวัดน่าน
๓. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยงานเดียว
๔. หมวดหมู่ของงานบริการ : งานบริการ
๕. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง : พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. ๒๕๔๐
๖. พื้นที่ให้บริการ : ส่วนท้องถิ่น
๗. ข้อมูลสถิติ :
 - จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๐
 - จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๐
 - จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๐
๘. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน : ขั้นตอนการขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
๙. ช่องทางการให้บริการ :
 - สถานที่ให้บริการ
 ๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝายแก้ว อำเภออุ้มผาง จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๕๔-๖๘๓๐๔๒
 ๒. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงตึ๊ด อำเภออุ้มผาง จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๕๔-๗๙๘๖๔๔
 ๓. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห่านาว อำเภออุ้มผาง จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๕๔-๗๑๘๙๘๙
 ๔. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบึง อำเภออุ้มผาง จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๕๔-๗๑๘๓๕๓
 ๕. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมืองจิ่ง อำเภออุ้มผาง จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๕๔-๗๘๓๑๑๖
 ๖. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำแก่น อำเภออุ้มผาง จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๕๔-๖๘๓๓๔๔
 ๗. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองจิ่ง อำเภออุ้มผาง จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๕๔-๗๑๘๔๔๙
 ๘. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำเกียน อำเภออุ้มผาง จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๕๔-๖๘๔๐๖๖
 ๙. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบุปผาราม อำเภออุ้มผาง จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๕๔-๗๑๘๗๗๔
 ๑๐. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงป่าสัก อำเภออุ้มผาง จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๕๔-๗๓๑๗๕๖
 ๑๑. สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุ้มผาง อำเภออุ้มผาง จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๕๔-๗๑๘๗๔๕
 - ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๖.๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

- หมายเหตุ -

๑๐. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑	กรอกแบบคำขอหนังสือรับรอง	ยื่นคำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล สำเนาบัตร	๕ นาที	ผู้รับผิดชอบงานสนับสนุนสุขภาพภาค	

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
	การมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล	ประจำตัว อสม. และสำเนาบัตรประชาชน		ประชาชน	
๒	ตรวจสอบแบบคำขอหนังสือรับรองฯ	พิจารณา ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลแบบคำขอหนังสือรับรองฯ และสอบถามรายละเอียดประกอบแบบคำขอฯเพิ่มเติม	๑๐ นาที	ผู้รับผิดชอบงานสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน	
๓	การพิจารณา	เสนอแบบคำขอหนังสือรับรองฯ โดยผู้รับผิดชอบงานสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนของ รพ.สต./สสอ.	๕ นาที	ผู้รับผิดชอบงานสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน	
๔	รับเอกสารหนังสือรับรองฯ	รับเอกสารหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามแบบฟอร์มที่กำหนด ลงนามโดย ผอ.รพ.สต./สสอ.	๑๐ นาที	ผู้รับผิดชอบงานสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน	

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๓๐ นาที

๑๑. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

๑๒. ช่องทางการร้องเรียน

- ไปรษณีย์ เลขที่ ๔๔๒ หมู่ที่ ๓ ตำบลม่วงตึ๊ด อําเภอกุเพียง จังหวัดน่าน รหัสไปรษณีย์ ๕๕๐๐๐
- เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขอําเภอกุเพียง www.pupiang.com
- ร้องเรียนผ่านโทรศัพท์หรือทางโทรสาร สำนักงานสาธารณสุขอําเภอกุเพียง หมายเลขโทรศัพท์ ๐๕๔-๗๑๘๗๔๕ หมายเลขโทรสาร ๐๕๔-๗๑๘๗๔๕
- กล่องรับเรื่องราวร้องทุกข์ของสำนักงานสาธารณสุขอําเภอกุเพียง
- E-mail สำนักงานสาธารณสุขอําเภอกุเพียง : srrtpupiang@gmail.com

วันที่พิมพ์	๘ มีนาคม ๒๕๖๒
สถานะ	เผยแพร่คู่มือบนเว็บไซต์แล้ว
จัดทำโดย	สำนักงานสาธารณสุขอําเภอกุเพียง
อนุมัติโดย	สาธารณสุขอําเภอกุเพียง
เผยแพร่โดย	งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ



ที่.....

.....

.....

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ด้วย.....อายุ..... ปี เลขที่ประจำตัวประชาชน
.....อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....แจ้งว่าได้เข้ารับการ
รักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ ประเภผู้ป่วยใน และขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการ
ช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๐
ปฏิบัติหน้าที่ อสม. มาตั้งแต่ปี พ.ศ. จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหาร
พิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

.....

ส่วนราชการ

โทร.....

โทรสาร.....

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง

ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๑

สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาคสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง

ชื่อหน่วยงาน : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง

วัน / เดือน / ปี : - ๒๐ ธ.ค. ๒๕๖๕

หัวข้อ : ข้อมูลพื้นฐานที่เป็นปัจจุบัน ๑๔. คู่มือการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักและภารกิจสนับสนุนของ
หน่วยงาน

รายละเอียดข้อมูล

- คู่มือการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักและภารกิจสนับสนุนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง
 ๑. มาตรฐานการปฏิบัติงานกลุ่มงานบริหาร
 ๒. มาตรฐานการปฏิบัติงานกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
 ๓. มาตรฐานการปฏิบัติงานกลุ่มงานวิชาการ

Link ภายนอก : ไม่มี

หมายเหตุ :

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล




(นายวุฒิการณ อุดจักร์)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่

- ๒๐ ธ.ค. ๒๕๖๕

ผู้อนุมัติรับรอง



(นายธนเสกข์ สายยาโน)

ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอภูเพียง

วันที่

- ๒๑ ธ.ค. ๒๕๖๕

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่



(นายวุฒิการณ อุดจักร์)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่

- ๒๑ ธ.ค. ๒๕๖๕