**บันทึกข้อความ**

ส่วนราชการ ศูนย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร โทร. 1601-1602

ที่ ชน 0033.202.1/ .......... วันที่..........................................................

**เรื่อง** ขอประมวลข้อมูลในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล

# เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

 ด้วย ข้าพเจ้า......................................................................................................................................ตำแหน่ง...........................................................ปฏิบัติงานที่หน่วยงาน........................................................................... เบอร์โทรศัพท์...........................................................................มีความประสงค์ประมวลข้อมูลในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร เพื่อ...................................................................................................................................

........................................................................................................................................ดังรายละเอียดแนบท้าย 1 โดยคาดว่าจะใช้ข้อมูลดังกล่าวแล้วเสร็จและส่งทำลายวันที่..........เดือน......................พ.ศ...............................

ข้าพเจ้าจะนำข้อมูลจากการประมวลในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรไปใช้

ตามวัตถุประสงค์และใช้ข้อมูลดังกล่าวตามบันทึกข้อตกลงการใช้ข้อมูลแนบท้าย 2

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติประมวลข้อมูลในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล

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

 ตำแหน่ง.........................................................

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

- เพื่อโปรดพิจารณา

- ...................................................................................

ขอประมวลข้อมูล..........................................................

เพื่อ................................................................................

......................................................................................

(นายนฤทธิ์ บุญเพชร)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

ผู้ประมวลข้อมูล.........................................

ผู้รับข้อมูลสารสนเทศ...........................................

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

เลขที่ทะเบียนควบคุม.....................................

ทำลายเอกสาร................................................

 อนุมัติ ไม่อนุมัติ

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

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

**เอกสารแนบท้าย2**

**บันทึกข้อตกลงการใช้ข้อมูล**

ที่ศูนย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

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

 บันทึกข้อตกลงนี้ทำขึ้นระหว่าง ศูนย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยศูนย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ซึ่งต่อไปในบันทึกข้อตกลงนี้เรียกว่า ฝ่ายที่หนึ่ง กับ...................................................................... ซึ่งต่อไปในบันทึกข้อตกลงนี้เรียกว่า ฝ่ายที่สอง

 ทั้งสองฝ่ายมีข้อตกลงกันดังนี้

1. โดยที่ฝ่ายที่สองมีความประสงค์จะขอข้อมูลรายบุคคล จากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลชัยนาท-นเรนทร ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพจากฝ่ายที่หนึ่ง เพื่อใช้ประโยชน์ใน.................................... ...................................................................................................................................................................................แต่ทั้งนี้จะต้องไม่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่เจ้าของข้อมูลและต้องไม่ระบุหรือเปิดเผยถึงเจ้าของข้อมูล

 ๒. ฝ่ายที่สองจะต้องใช้ข้อมูลรายบุคคลภายใต้ตามขอบเขตและวัตถุประสงค์ที่แจ้งไว้เท่านั้น และถือปฏิบัติตามแนวปฏิบัติสำหรับการดำเนินการของผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลพร้อมแนบเอกสาร รหัสเอกสาร :F–IT–AC–06-01.01

 ๓. ฝ่ายที่สองจะต้องไม่สำเนาข้อมูลรายบุคคลหรือด้วยวิธีการอื่นใดในการนำข้อมูลรายบุคคลไปเพื่อบริการแก่บุคคลภายนอกหรือด้วยวิธีอื่นใด ๆ

 ๔. ฝ่ายที่สองต้องไม่ทำสำเนาหรือการทำซ้ำข้อมูลรายบุคคล (ข้อมูลดิบ) แม้เพียงส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมด เว้นแต่เป็นข้อมูลที่เกิดจากการประมวลผลเพื่อการใช้ข้อมูลให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดได้ตามภาระกิจหน้าที่

๕. ฝ่ายที่สอง ต้องเก็บรักษาความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลรายบุคคลอย่างเคร่งครัด และไม่เปิดเผยข้อมูลที่เป็นความลับไม่ว่าทั้งหมดหรือแต่บางส่วนให้แก่บุคคลใดหรือองค์กรใดทราบ

 ๖. ฝ่ายที่สอง ต้องปฏิบัติตามกฎหมายและข้อกำหนด ดังนี้

 ๖.๑ พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. ๒๕๔๐

 ๖.๒ พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.๒๕๖๒

 ๖.๓ ระเบียบว่าด้วยการรักษาความลับของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๔๔

 ๖.๔ ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขการคุ้มครองและจัดการข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๑

 ๖.๕ กฎหมายและข้อกำหนดอื่นที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลรายบุคคลซึ่งใช้บังคับอยู่ในปัจจุบัน รวมถึงที่จะได้แก้ไขในอนาคต

 ๗. ฝ่ายที่สองจะต้องไม่ให้สิทธิการเข้าถึงข้อมูลแก่บุคคลอื่น หากฝ่ายที่สองไม่ปฏิบัติตามข้อตกลง ฝ่ายที่หนึ่งสามารถยุติการให้สิทธิเข้าถึงข้อมูลได้ทันทีโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้า

 ๘. ฝ่ายที่สองเมื่อได้ใช้ประโยชน์ข้อมูลเสร็จแล้ว จะต้องทำลายข้อมูลทันทีตาม ส่วนที่ ๗ การทำลาย ตามระเบียบว่าด้วยการรักษาความลับของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๔๔ และ พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ ด้วย

 ๙. หากฝ่ายที่สองไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงนี้ หรือการกระทำอื่นใดซึ่งเกิดความเสียหายแก่เจ้าของข้อมูล ฝ่ายที่สองจะต้องรับผิดต่อบุคคลภายนอกโดยลำพัง และฝ่ายที่หนึ่งสามารถยุติการให้ใช้ข้อมูลได้ทันทีโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้า

2/๑๐. ฝ่ายที่สอง…….

-2-

 ๑๐. ฝ่ายที่สองจะรับผิดชอบดูแลให้บุคลากรของท่านปฏิบัติ ตามบันทึกฉบับนี้โดยเคร่งครัด

 ๑๑. กรณีที่ฝ่ายที่สองฝ่าฝืนข้อกำหนดตามบันทึกข้อตกลงนี้ และก่อให้เกิดความเสียหายแก่เจ้าของข้อมูลฝ่ายที่สองจะต้องชดใช้ค่าเสียหายให้แก่ฝ่ายที่หนึ่งและ/หรือเจ้าของข้อมูลที่ได้รับความเสียหาย และฝ่ายที่หนึ่งสามารถยุติการให้ใช้ข้อมูลได้ทันทีโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้า

 ๑๒. การรักษาความลับตามบันทึกข้อตกลงนี้ ให้รักษาความลับตลอดระยะเวลาที่บันทึกข้อตกลงนี้มีผลบังคับใช้และมีผลต่อไปอีก ๕ (ห้า) ปีนับแต่วันที่สิ้นสุดบันทึกข้อตกลง โดยฝ่ายที่สองจะเปิดเผยข้อมูลที่เป็นความลับได้ต่อเมื่อได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากฝ่ายที่หนึ่งก่อน หรือจนกว่าข้อมูลที่เป็นความลับนั้นกลายเป็นข้อมูลที่ไม่ใช่ความลับโดยชอบด้วยกฎหมาย

 บันทึกข้อตกลงนี้ทำขึ้นไว้ ๑ ฉบับ สองฝ่ายได้อ่านข้อความในบันทึกข้อตกลงนี้แล้วเห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนารมณ์ จึงได้ลงชื่อและประทับตราไว้ (หากมี) ไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน ๒ คน โดยฝ่ายที่หนึ่งจะจัดส่งสำเนาให้ฝ่ายที่สองเพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน ข้อตกลงนี้มีกำหนดใช้ได้ตั้งแต่วันที่ลงนามในบันทึกข้อตกลง

เงื่อนไขข้อตกลง : หากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งยกเลิกข้อตกลงฉบับนี้ให้ส่งหนังสือแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้า ๓๐ วัน ไปยังอีกฝ่ายหนึ่งตามที่เขียนไว้ในตอนต้น

 ลงชื่อ..................................................ฝ่ายที่หนึ่ง ลงชื่อ..................................................ฝ่ายที่สอง

 (.....................................................) (………………………………………………….)

 ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ตำแหน่ง ..............................................................

 ……………/…………………/……………… ……………/…………………/………………

 ลงชื่อ..................................................พยาน ลงชื่อ..................................................พยาน

 (นายนฤทธิ์ บุญเพชร) (...นางสาวศรีสุนันท์ หาคม.....)

 ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ

 ผช.ผอ.ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

 ……………/…………………/……………… ……………/…………………/………………

**ทะเบียนควบคุมประมวลข้อมูลในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **เลขที่ทะเบียนควบคุม/วดป.** | **ชื่อ-สกุล** | **เบอร์โทร** | **ประมวลข้อมูล** | **วัตถุประสงค์** | **วดป.คาดว่าจะทำลายเอกสาร** | **วดป.ทำลายเอกสาร** | **ลายมือชื่อจนท.ทำลาย** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**บันทึกข้อความ**

ส่วนราชการ ศูนย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร โทร. 1601-1602

ที่ ชน 0033.202.1/ วันที่ สิงหาคม 2565

**เรื่อง** ขอประมวลข้อมูลในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล

# เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

 ด้วย ข้าพเจ้า......................................................................................................................................ตำแหน่ง...........................................................ปฏิบัติงานที่หน่วยงาน........................................................................... มีความประสงค์ประมวลข้อมูลในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร เพื่อ............................................

.....................................................................................................................................................................................

..................................................................................................................................... ดังรายละเอียดแนบท้าย

ข้าพเจ้าจะนำข้อมูลจากการประมวลในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรไปใช้

ตามวัตถุประสงค์และใช้ข้อมูลดังกล่าวตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติประมวลข้อมูลในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล

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

 ตำแหน่ง.........................................................

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

- เพื่อโปรดพิจารณา

- ...................................................................................

ขอประมวลข้อมูล..........................................................

เพื่อ................................................................................

......................................................................................

(นายนฤทธิ์ บุญเพชร)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

 อนุมัติ ไม่อนุมัติ

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

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล ( Data Controller)

ผู้ประมวลข้อมูล.........................................

ผู้รับข้อมูลสารสนเทศ...........................................

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

เลขที่ทะเบียนควบคุม.....................................