**คำขอรับรองโปรแกรมประยุกต์ (Application) สำหรับการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (สภ.45)**

**ยื่นสมัครใหม่ ยื่นแก้ไข ยื่นขอต่ออายุ ระบุเลขที่หนังสือรับรอง**…………………

**๑. ชื่อโปรแกรมประยุกต์ (Application)**

ชื่อภาษาไทย........................................................................................................................................................................................

ชื่อภาษาอังกฤษ ................................................................................................................................................................................

**๒. ระบบปฏิบัติการของโปรแกรมประยุกต์**

**Web app** **Mobile app บน android Mobile app บน iOS**

**๓. ข้อมูลเจ้าของโปรแกรมฯ ผู้ขอสมัครรับรอง**

**บุคคลธรรมดา**

ชื่อ-นามสกุล……………………………..…........................…..……เลขประจำตัวประชาชน...............................................

ที่อยู่เลขที่…………………..……... หมู่บ้าน/อาคาร……..…..................................................... หมู่ที่…….......................... ตรอก/ซอย…………..........……....….. ถนน….....…………....…..................… ตำบล/แขวง……....….…..……....……....…….อำเภอ/เขต……………………..…..…….......... จังหวัด................................................. รหัสไปรษณีย์…...………….…......โทรสาร...............................โทรศัพท์…….........................E-mail………………............................….….……..................

**นิติบุคคลทั่วไป องค์กรไม่แสวงหากำไร**

ชื่อนิติบุคคล................................................................................เลขทะเบียนนิติบุคคล.......................................... ที่อยู่เลขที่………........… หมู่บ้าน/อาคาร……..…........................... หมู่ที่……............. ตรอก/ซอย…………..............…. ถนน….....………….....….. ตำบล/แขวง……....….…..……....……....…….อำเภอ/เขต……………………..…..……................... จังหวัด................................................. รหัสไปรษณีย์…...………….…......โทรสาร....................................................... โทรศัพท์……......................... E-mail……………............................….…โดยมี .............................................................. เป็น ผู้แทนนิติบุคคลหรือผู้มีอำนาจทำการแทนนิติบุคคล เลขประจำตัวประชาชน.....................................................

**(เปิดเผยข้อมูลการพิจารณา)**

**นโยบาย การสมัครรับรองโปรแกรมประยุกต์ (Application) สำหรับบริการเภสัชกรรมทางไกลเป็นสัญญาบริการระหว่างผู้สมัครและสภาเภสัชกรรมโดยอาจจะมีการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลของผลการพิจารณา**

**หมายเหตุ กรณีที่มอบอำนาจให้บุคคลอื่นดำเนินการยื่นคำขอแทน ให้มีเอกสารการมอบอำนาจพร้อมติดอากรแสตมป์ ๓๐ บาท**

**ข้าพเจ้าขอรับรองว่า**

ข้อมูลที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ

ตราประทับสำคัญของนิติบุคคล (ถ้ามี) **(ลายมือชื่อ)**  **ผู้ยื่นขอการรับรอง**

( ) (ตัวบรรจง)

**รายละเอียดประกอบคำขอรับรองโปรแกรมประยุกต์เพื่อการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล**

(แนบมาพร้อมคำขอ )

**๑. คู่มือการใช้งานโปรแกรมประยุกต์**

**รูปแบบ :** เอกสาร / CD / PDF File / E-Book หรือ Electronic File อื่นๆ

**๒. นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (Privacy Policy) และ นโยบายการเก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคล (Data Retention Policy) ของบริษัท ตาม พรบ. การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒**

**รูปแบบ :** เอกสาร / CD / PDF File / E-Book หรือ Electronic File อื่น ๆ

**๓. เอกสารที่แสดงรายละเอียดความสามารถของโปรแกรมประยุกต์ (ตามตาราง)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **รายการ** | **ภาพประกอบ**  **(เพื่อให้เห็นชัดเจนตามคำอธิบาย)** | **อธิบายรายละเอียด หรือ วิธีการทำงาน** |
| **๑** | การยืนยันตัวบุคคล  ๑.๑ ผู้รับบริการ  ๑.๒ ผู้ให้บริการ (ต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ/เภสัชกร จริง) |  |  |
| **๒** | การลงทะเบียน  ๒.๑ ผู้รับบริการ  ๒.๒ ผู้ให้บริการ (เภสัชกร) |  |  |
| **๓** | การยืนยันสถานที่การให้บริการ |  |  |
| **๔** | การดำเนินการตาม พรบ. คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ และ พรบ. การรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ พ.ศ. ๒๕๖๒  ส่วนที่เป็นของโปรแกรมการใช้งาน  ๔.๑ ข้อตกลงการใช้งาน  ๔.๒ Privacy Notice (ระบุสถานที่แสดง Notice ในระบบ)  ๔.๓ ความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูล  (ผู้ใช้บริการ และ ผู้ให้บริการ)  - การได้รับการรับรองด้านความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศ (ถ้ามี) เช่น ISO 27001  - ระบบการเก็บข้อมูล รวมถึงการเข้ารหัสในกรณีเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญ  - ที่จัดเก็บข้อมูล เช่น เก็บข้อมูลถาวรไว้ในอุปกรณ์ของของผู้ใช้งาน (local storage) ร่วมกับเก็บที่เครื่องแม่ข่าย (server)  - การสำรอง และการกู้คืนข้อมูล  - การเก็บ activity log การเข้าถึง และ/หรือ การใช้งานข้อมูล  - มาตรการด้าน Security อื่น ๆ เช่น การทำ Access Control และ Access Rights Management  - กระบวนการจัดการเมื่อเกิดกรณีละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล (Data Breach - ข้อมูลรั่วไหล)  ๔.๔ กรณีระบบให้บริการผ่านเว็บไซต์ มีการขอ cookie consent  ๔.๕ อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง |  |  |
| **๕** | การบันทึกและเก็บประวัติของผู้รับบริการ  ๕.๑ ประวัติผู้รับบริการ  ๕.๒ ประวัติการรับยา  ๕.๓ ประวัติการติดตามการใช้ยา  ๕.๔ ประวัติสุขภาพ  ๕.๕ ประวัติการบริการอื่นๆที่เกี่ยวเนื่องกับยา  ๕.๖ อื่น ๆ (กรณีมีเพิ่มเติม) |  |  |
| **๖** | ความสามารถในการจัดเก็บรูปภาพ และ เสียงในระบบ  ๖.๑ รูปเภสัชกร  ๖.๒ รูปผลิตภัณฑ์ ( ยา )  ๖.๓ รูป / VDO การสนทนา  ๖.๔ การบันทึกเสียง |  |  |
| **๗** | ข้อจำกัดของโปรแกรมประยุกต์ |  |  |
| **๘** | ความสามารถพิเศษ (เพิ่ม) ของโปรแกรมประยุกต์  - ความพร้อมในการเชื่อมต่อระบบการจัดส่ง  - ความพร้อมในการเชื่อมต่อระบบการชำระเงิน  - อื่น ๆ (ถ้ามีเพิ่มเติม) |  |  |

**ข้าพเจ้าขอรับรองว่า**

ข้อมูลที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ

ตราประทับสำคัญของนิติบุคคล (ถ้ามี) **(ลายมือชื่อ)**  **ผู้ยื่นขอการรับรอง**

( ) (ตัวบรรจง)