**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** | การยืนยันตัวบุคคล๑.๑ ผู้รับบริการ๑.๒ ผู้ให้บริการ (ต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ/เภสัชกร จริง) |   |  |
| **๒** | การลงทะเบียน๒.๑ ผู้รับบริการ๒.๒ ผู้ให้บริการ (เภสัชกร) |  |  |
| **๓** | การยืนยันสถานที่การให้บริการ |  |  |
| **๔** | การดำเนินการตาม พรบ. คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ และ พรบ. การรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ พ.ศ. ๒๕๖๒ ส่วนที่เป็นของโปรแกรมการใช้งาน๔.๑ ข้อตกลงการใช้งาน๔.๒ 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 consent๔.๕ อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง |  |  |
| **๕** | การบันทึกและเก็บประวัติของผู้รับบริการ๕.๑ ประวัติผู้รับบริการ๕.๒ ประวัติการรับยา๕.๓ ประวัติการติดตามการใช้ยา๕.๔ ประวัติสุขภาพ๕.๕ ประวัติการบริการอื่นๆที่เกี่ยวเนื่องกับยา๕.๖ อื่น ๆ (กรณีมีเพิ่มเติม) |  |  |
| **๖** | ความสามารถในการจัดเก็บรูปภาพ และ เสียงในระบบ ๖.๑ รูปเภสัชกร๖.๒ รูปผลิตภัณฑ์ ( ยา ) ๖.๓ รูป / VDO การสนทนา๖.๔ การบันทึกเสียง |  |  |
| **๗** | ข้อจำกัดของโปรแกรมประยุกต์ |  |  |
| **๘** | ความสามารถพิเศษ (เพิ่ม) ของโปรแกรมประยุกต์- ความพร้อมในการเชื่อมต่อระบบการจัดส่ง- ความพร้อมในการเชื่อมต่อระบบการชำระเงิน- อื่น ๆ (ถ้ามีเพิ่มเติม) |  |  |

**ข้าพเจ้าขอรับรองว่า**

ข้อมูลที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ

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

 ( ) (ตัวบรรจง)