



แบบฟอร์มคำขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล  
(Data Subject Rights Request Form)  
โรงพยาบาลปากช่องนานา

เลขที่คำขอ (สำหรับเจ้าหน้าที่): .....

วันที่รับเรื่อง: ...../...../.....

ส่วนที่ 1: ข้อมูลเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล (ผู้ยื่นคำขอ)

- ชื่อ - นามสกุล: .....
- เลขประจำตัวประชาชน: .....
- เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้: .....
- E-mail: .....

ความสัมพันธ์กับโรงพยาบาล:

- ผู้ป่วย / ผู้รับบริการ
- บุคลากรของโรงพยาบาล
- บุคคลภายนอก / ผู้มาติดต่อ

ส่วนที่ 2: ความประสงค์ในการขอใช้สิทธิ

(สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- สิทธิขอเข้าถึงและขอรับสำเนาข้อมูลส่วนบุคคล (Right of Access)
- สิทธิขอให้ลบ ทำลาย หรือทำให้ไม่สามารถระบุตัวตนได้ (Right to Erasure / Right to be Forgotten)
- สิทธิขอแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน และสมบูรณ์ (Right to Rectification)
- สิทธิขอระงับการใช้ข้อมูลส่วนบุคคล (Right to Restriction of Processing)
- สิทธิขอคัดค้านการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูล (Right to Object)

ส่วนที่ 3: ระบบหรือช่องทางที่เกี่ยวข้องกับคำขอ

(โปรดระบุเพื่อให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบได้รวดเร็วขึ้น)

- ระบบ Website โรงพยาบาล

รายละเอียด: .....

ระบบกล้องวงจรปิด (CCTV)

วัน/เวลา และสถานที่: .....

ระบบ Telemedicine

วัน/เวลา และแผนก: .....

ตู้บริการอัตโนมัติ (Kiosk)

สถานที่และวันที่ใช้บริการ: .....

ระบบอื่นๆ (โปรดระบุ)

.....

---

#### ส่วนที่ 4: รายละเอียดคำขอและเหตุผลประกอบ

.....  
.....

---

#### ส่วนที่ 5: เอกสารประกอบการพิจารณา (โปรดแนบ)

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของเจ้าของข้อมูล

(โปรดขีดคร่อม "ใช้สำหรับยื่นคำขอใช้สิทธิ PDPA เท่านั้น")

หนังสือมอบอำนาจ และสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจ

(กรณีดำเนินการแทน)

---

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลและเอกสารที่แนบมานี้เป็นความจริงทุกประการ และรับทราบว่าโรงพยาบาลจะใช้เวลาดำเนินการพิจารณาและแจ้งผลภายใน 30 วัน และอาจปฏิเสธคำขอหากมีเหตุผลทางกฎหมายรองรับ

ลงชื่อ ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่ยื่นคำขอ ...../...../.....

---

#### (ส่วนของเจ้าหน้าที่ - For Official Use Only)

ผลการพิจารณาเบื้องต้น:

เอกสารครบถ้วน ส่งต่อ DPO / ผู้ดูแลระบบ

เอกสารไม่ครบถ้วน แจ้งผู้ยื่นคำขอ

ผู้รับเรื่อง: .....

วันที่: ...../...../.....