



## ใบรับรองแพทย์

สถานที่ .....

วันที่..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง (1).....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่..... สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือ  
สถานที่ปฏิบัติงานประจำ .....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว .....

เลขประจำตัวประชาชน

เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... เรียบร้อยแล้ว

ขอรับรองว่า นาย / นาง / นางสาว ..... ไม่เป็นผู้มีร่างกาย

ทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้และไร้ความสามารถจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ ปราศจากโรคเหล่านี้

1. โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
2. วัณโรคในระยะอันตราย
3. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
4. โรคติดยาเสพติดให้โทษ
5. โรคพิษสุราเรื้อรัง

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ (2) .....

.....

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ตรวจ

( ..... )

- หมายเหตุ**
- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
  - (2) ให้แสดงว่าผู้รับการตรวจร่างกายเป็นผู้มีสุขภาพสมบูรณ์เพียงใด ปราศจากโรคหรือหายจากโรคที่ระบุไว้ข้างต้น
  - (3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 15 วัน นับแต่วันที่รับรอง