

ใบรับรองแพทย์

เขียนที่ โรงพยาบาล.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เป็นแพทย์ปริญญา ได้รับอนุญาตขึ้นทะเบียน
เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตที่.....ตำแหน่ง นายแพทย์ ระดับ.....
สังกัด โรงพยาบาล.....ได้ทำการตรวจร่างกาย
ของ นาย/นางสาว/นาง.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....แล้วปรากฏว่า ไม่เป็นผู้มีกายภาพพลภาพไร้ความสามารถ
จิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ และปราศจากโรคตาม กฎ ก.ค.ศ.ว่าด้วยโรค พ.ศ.2549 ตามมาตรา 30 (5) ดังนี้

- (1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (2) วัณโรคในระยะติดต่อ
- (3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (4) โรคติดยาเสพติดให้โทษ
- (5) โรคพิษสุราเรื้อรัง

เห็นว่า.....
.....
.....

ลายมือชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(.....)

ตำแหน่ง.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....
ได้ทำการตรวจร่างกายของข้าพเจ้าจริง

ลายมือชื่อ.....ผู้รับการตรวจ