

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำ หรืออยู่ที่.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน

สถานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้แล้ว

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ขอรับรองว่า

นาย/นาง/นางสาว.....ไม่เป็นคนวิกลจริตหรือ

จิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ ไม่เป็นคนเสมือนไร้ความสามารถและปราศจากโรคเหล่านี้

- (1) วัณโรคในระยะอันตราย
- (2) โรคติดยาเสพติดให้โทษ
- (3) โรคพิษสุราเรื้อรัง
- (4) โรคติดต่อร้ายแรง หรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัด หรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติหน้าที่
- (5) โรคทางจิตที่ปรากฏอาการเด่นชัด หรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่

ลงชื่อ.....

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ได้รับการตรวจรักษาจาก

นายแพทย์/แพทย์หญิง.....จริง

ลงชื่อ.....

ผู้ได้รับการตรวจ