

ใบรับรองแพทย์
Medical Certificate

สำนักงาน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
Day Month B.E.

ข้าพเจ้านายแพทย์.....แพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง
I,an M.D.

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
Holding license to practise medicine No, issued on day month B.E.

ได้ทำการตรวจร่างกายของ.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
have examined (name) on day Month B.E.

แล้วปรากฏว่า.....ปราศจากโรคดังต่อไปนี้
and have found (name) free from the following diseases :

- | | |
|--|----------------|
| ๑. โรคเรื้อน | LEPROSY |
| ๒. วัณโรคระยะอันตราย | TUBERCULOSIS |
| ๓. โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการอันเป็นที่รังเกียจแก่สังคม | ELEPHANTIASIS |
| ๔. โรคติดยาเสพติดให้โทษ | DRUG ADDICTION |
| ๕. โรคพิษสุราเรื้อรัง | ALCOHOLISM |
| ๖. โรคซิฟิลิสในระยะที่ ๑ | SYPHILIS |

.....เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือน
(name) is in good physical and mental

หรือไม่สมประกอบ หรือไม่เป็นผู้ที่ร่างกายทุพพลภาพ หรือเป็นโรคดังกล่าวข้างต้น
health free from any defect

(ลงชื่อ).....นายแพทย์ผู้ตรวจ
Signature M.D.