

## ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง .....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำ หรืออยู่ที่ .....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน

สถานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ .....

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

นาย/นาง/นางสาว..... ไม่เป็นโรคต่อไปนี้

(๑) วัณโรคในระยะแพร่กระจายเชื้อ

(๒) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(๓) โรคติดยาเสพติดให้โทษ

(๔) โรคพิษสุราเรื้อรัง

(๕) โรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรค

ต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่ตามที่ ก.พ.กำหนด

(๖) ..... (ถ้าหากจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับ

การตรวจให้ระบุในข้อนี้ .....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

.....

.....

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (๑) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๒) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงพอ หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุให้ออกจากราชการ

ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย