

ใบรับรองแพทย์

เขียนที่ โรงพยาบาล.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....เป็นแพทย์ปริญญา ได้รับอนุญาตขึ้นทะเบียน

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตที่.....ตำแหน่ง นายแพทย์ ระดับ.....

สังกัด โรงพยาบาล.....ได้ทำการตรวจร่างกาย

ของ นาย/นางสาว/นางเลขประจำตัวประชาชน.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....แล้วปรากฏว่า ไม่เป็นผู้มีกายภาพพลภาพไร้ความสามารถ

จิตฟื้นเพื่อน 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