

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.(๑).....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำหรืออยู่ที่.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....

บัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

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

นาย/นาง/นางสาว.....ไม่เป็นโรคดังต่อไปนี้

- (๑) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (๒) โรคติดยาเสพติดให้โทษ
- (๓) โรคพิษสุราเรื้อรัง
- (๔) โรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อ

การปฏิบัติงานในหน้าที่ ตามที่ ก.พ. กำหนด

(๕)(ถ้าหากจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจ

ให้ระบุในข้อนี้).....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.(๒).....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ

- (๑) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (๒) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากราชการ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

ประทับตราโรงพยาบาลด้วย