



ใบรับรองแพทย์

ใช้ทุกสาขา ยกเว้นแพทยศาสตร์
เภสัชศาสตร์ และสาธารณสุขศาสตร์

เขียนที่.....

วันที่ เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง
ตำแหน่ง แพทย์ประจำ โรงพยาบาล.....
เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ แพทย์แผนปัจจุบันชั้น 1 สาขาเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่.....
ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว
อายุ.....ปี ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้) เลขที่ หมู่..... ซอย.....
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
บัตรประจำตัวเลขที่ (ระบุประเภทบัตร)
เพื่อใช้ประกอบหลักฐาน.....
ข้าพเจ้ามีความคิดเห็นว่า นาย / นาง / นางสาว.....
ไม่เป็นผู้ที่ร่างกายทุพพลภาพ ถึงขนาดไม่สามารถศึกษาได้ และไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่อาจแพร่ไปสู่คนอื่น ๆ

สรุปความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

.....
.....
.....

ลงชื่อ

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ

1. ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
2. ให้แสดงว่าเป็นผู้ที่ร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากราชการ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้เพียง 1 เดือนเท่านั้น นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
3. ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้จะใช้ได้เมื่อมีตราประทับของโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น
4. ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ ใช้สำหรับตรวจร่างกาย คณะเกษตรศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์ คณะบริหารศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ คณะศิลปประยุกต์และการออกแบบ และคณะรัฐศาสตร์ หน่วยจัดการเรียนการสอนจังหวัด มุกดาหาร ทุกสาขาวิชา เท่านั้น