





# ใบรับรองแพทย์

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.....  
ไม่เป็นผู้ที่ร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ  
และปราศจากโรคเหล่านี้

1. โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือเป็นระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม
2. วัณโรคในระยะอันตราย
3. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการที่น่ารังเกียจแก่สังคม
4. โรคติดยาเสพติดให้โทษ
5. โรคพิษสุราเรื้อรัง

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

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

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

## หมายเหตุ

1. ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
2. ให้แสดงว่าเป็นผู้ที่ร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากการเป็นนักศึกษา
3. ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้เพียง 1 เดือนเท่านั้น นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
4. ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้จะใช้ได้เมื่อมีตราประทับของโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น