

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) วัณโรคในระยะแพร่กระจายเชื้อ
- (๒) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (๓) โรคติดยาเสพติดให้โทษ
- (๔) โรคพิษสุราเรื้อรัง
- (๕) โรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อ

การปฏิบัติงานในหน้าที่ ตามที่ ก.พ. กำหนด

(๖) .....(ถ้าหากจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจให้ระบุในข้อนี้).....

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์.(๒).....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ

- (๑) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (๒) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงพอ หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากราชการใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย