

[ตัวอย่างใบรับรองแพทย์]

ใบรับรองแพทย์

สถานพยาบาล.....

เลขที่ใบอนุญาตสถานพยาบาล.....

วัน/เดือน/ปี.....

ข้าพเจ้า.....ชื่อ-สกุล แพทย์ผู้ตรวจ.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

ที่อยู่สถานที่ประกอบวิชาชีพ.....

ได้รับการตรวจ.....ชื่อ-สกุล ผู้รับการตรวจ.....

ที่อยู่ผู้รับการตรวจ.....

บัตรประจำตัว () บัตรประชาชน () บัตรใบขับขี่ () อื่น ๆ เลขที่บัตร.....

บัตรออกให้โดย.....เมื่อ..... หมดอายุ.....

ขอรับรองว่า.....ชื่อ-สกุล ผู้รับการตรวจ..... ไม่เป็นผู้มีการทพผลภาพจนไม่

สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต ฟั่นเฟือน หรือ ปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติด

ให้โทษและอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

(1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(2) วัณโรคในระยะอันตราย

(3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม

(4) (ถ้าจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจให้ระบุในข้อนี้)

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์.....

ตราสัญลักษณ์

สถานพยาบาล

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(ชื่อ-สกุล แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย)