**ใบรับรองแพทย์**

 สถานที่ตรวจ..............................................

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

ข้าพเจ้านายแพทย์/แพทย์หญิง..........................................................................................................................

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.......................................................................................................................

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำ หรืออยู่ที่.....................................................................

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

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.................................................................................................................................

เลขประจำตัวประชาชน

สถานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้...........................................................................................................................................

 สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ ( ) ปกติ

 ( ) ผิดปกติ ( ระบุ ).................................................................

 ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการ ไม่แสดงอาการของโรคต่อไปนี้

1. วัณโรคระยะอันตราย
2. มะเร็งระยะอันตราย
3. โรคหัวใจระยะอันตราย
4. โรคเอดส์ระยะอันตราย
5. โรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคเรื้อรัง ( ระบุ ) ………………………………………………………………………………….

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

ลงชื่อ..............................................................................แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ

 ( 1 ) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

 ( 2 ) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย