

ใบรับรองแพทย์¹

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง²

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำ หรืออยู่ที่

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว

เลขประจำตัวประชาชน

แล้ว เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ขอรับรองว่า

นาย/นาง/นางสาว ไม่ปรากฏอาการ
ของโรคดังต่อไปนี้

- (๑) วัณโรคระยะแพร่กระจายเชื้อ
 - (๒) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
 - (๓) โรคติดยาเสพติดให้โทษ
 - (๔) โรคพิษสุราเรื้อรัง
 - (๕) โรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน
ในหน้าที่ตามที่คณะกรรมการราชการประกาศกำหนด
- สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์³

(.....)

(แพทย์ผู้ตรวจ)

¹ ออกโดยโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน และเป็นการตรวจภายในระยะเวลาไม่เกินสามเดือนก่อนวันยื่นใบรับรองแพทย์

² ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

³ ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงพอใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุให้ออกจากราชการ