

[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..... หมุดอายุ.....

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

สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต พันเพื่อน หรือ ปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติด
ให้โทษและอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

(1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(2) วัณโรคในระยะอันตราย

(3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม

(4) (ถ้าจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจให้ระบุในข้อนี้)

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์.....

ตราสัญลักษณ์

สถานพยาบาล

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(ชื่อ-สกุล แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย)



ตัวอย่างใบรับรองแพทย์



ใบรับรองแพทย์

คลินิกเวชกรรม ศิริสุขการแพทย์

ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ที่ ก ๔๔๗/๒๕๓๗ 1197

สถานที่ตรวจ คลินิกเวชกรรม ศิริสุขการแพทย์ อ.๑๕๐-๒๑๕-๔๐๐๓

วัน-เดือน-ปี... [redacted]

ข้าพเจ้า นายแพทย์ พรสดีชัย เพิ่มพร (แพทย์ปัญญานามัยป้องกันชั้นหนึ่ง)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ ๖๔๒๘๖๖

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำอยู่ที่ คลินิกเวชกรรม ศิริสุขการแพทย์

ตั้งอยู่ที่ เลขที่ ๑๑๒ ซอยศรีสุข ถนนช่างอากาศอุทิศ แขวงสีกัน เขตดอนเมือง กรุงเทพฯ ๑๐๒๑๐ อ.๑๕๐-๒๑๕-๔๐๐๓

ได้รับการตรวจ นายนางนางสาว [redacted]

บ้านเลขที่ ๒๐๒/๒๐ ซ. [redacted] หมู่ [redacted] ต. [redacted] อ. [redacted] จ. [redacted]

บัตรประจำตัว บัตรประชาชน บัตรใบขับขี่ อื่นๆ เลขที่บัตร [redacted]

บัตรออกให้โดย... [redacted] เมื่อ... [redacted] หมออายุ... [redacted]

ขอรับรองว่า นายนางนางสาว [redacted] ไม่เป็นผู้มีการทุพพลภาพจน

ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต ฟั่นเฟือน หรือ ปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ

และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

- (๑) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (๒) วัณโรคในระยะอันตราย
- (๓) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (๔) (ถ้าจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับตรวจให้ระบุในข้อนี้)

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์... [redacted]

ลงชื่อ... [redacted] แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(นายแพทย์ พรสดีชัย เพิ่มพร)

หมายเหตุ

- (๑) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (๒) ให้แสดงว่ามีผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือขอขมาโรคที่เป็นเหตุให้ต้องออกจากราชการ
- (๓) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้มีอายุ ๑ เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย

ใบรับรองแพทย์

เลขที่ 5676

เล่มที่ 2

คลินิกแพทย์นิติ

4/2 ถ. หนุมาน ต. ตะพานหิน

อ. ตะพานหิน จ. พิจิตร

วันที่ 30 เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒564

ข้าพเจ้านายแพทย์เจมณัญญ์ กอโชติคุณินท์ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ 22133
 ได้ทำการตรวจร่างกาย (ระบุชื่อสกุลผู้รับตรวจ) นาย กิณฑ สุจริตธรรม
 สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) 36/1 อ. 11 ต. หนองอีแต๋น อ. ตะพานหิน จ. พิจิตร
 บัตรประจำตัวเลขที่ (ระบุประเภทของบัตร) 3669800045740 ค.ต.บ.ททท.
 แล้วเมื่อวันที่ 30 เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒564 ขอรับรองว่า
 ชื่อและสกุลผู้รับตรวจ นาย กิณฑ สุจริตธรรม
 ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการโรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน
 หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติด และโรคพิษสุราเรื้อรัง และปราศจากโรค
 เหล่านี้

1. โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
2. วัณโรคในระยะอันตราย
3. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
4. ...

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์... [redacted]

ลงชื่อ... [redacted] แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

ข้าพเจ้าได้รับการตรวจร่างกายจาก นพ.กมลกร กอโชติคุณินท์ จ. พิจิตร

ลงชื่อ... [redacted] ผู้รับตรวจร่างกาย

