

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....(๑).....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือ สถานที่ปฏิบัติงานประจำ หรืออยู่ที่

.....โทรศัพท์.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย / นางสาว.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่ (สามารถติดต่อได้).....

.....โทรศัพท์.....

ได้ตรวจร่างกาย เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ขอรับรองว่า

นาย / นางสาว.....ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพ

จนไม่สามารถเข้ารับการศึกษาได้ ไม่มีอาการของโรคจิต หรือพันเพื่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติด

ให้โทษ อาการพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการแสดงของโรคดังต่อไปนี้

(๑) โรคติดต่อร้ายแรง หรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรค

ต่อการฝึกวิชาทหาร

(๒) วัณโรคในระยะอันตราย (ระยะแพร่กระจายเชื้อ)

(๓) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการ เป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(๔) ถ้าจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้อง กับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจให้ระบุในข้อนี้

.....

.....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของนายแพทย์.....(๒).....สามารถเข้ารับการศึกษาได้ตามนี้

.....

.....

.....

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ : (๑) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๒) ให้แสดงว่าเป็นผู้มึร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรงเพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย