

ใบรับรองแพทย์

ส่วนงาน สาขาวิชาพลศึกษา ภาควิชาอาชีวศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สถานที่ตรวจ.....

วัน.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำ หรืออยู่ที่.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขประจำตัวประชาชน ----

สถานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

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

นาย/นาง/นางสาว.....ไม่เป็นโรคต่อไปนี้

- (1) วัณโรคในระยะแพร่กระจายเชื้อ
- (2) โรคหอบหืด
- (3) โรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือร้ายแรง
- (4) โรคกระดูก ข้อต่อ และกล้ามเนื้อ
- (5) อื่น ๆ (ถ้ามี)

สรุปความคิดเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

ประทับตราสถานที่ตรวจ

- หมายเหตุ
- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด
 - (3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 2 เดือน นับจากวันที่ตรวจร่างกาย
 - (4) คำรับรองนี้เป็นการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น