

สถานพยาบาล (๑).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง(๒).....

แพทย์ปริญา เป็นแพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบัน

ชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรมใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

ตำแหน่งหน้าที่.....ประจำโรงพยาบาล.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย(นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....แล้วปรากฏว่า

(นาย/นาง/นางสาว).....

ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไร้ความสามารถหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบและปราศจากโรคเหล่านี้

- (๑) วัณโรค
- (๒) อหิวาตกโรค
- (๓) ไข้รากสาดน้อย (ไทฟอยด์)
- (๔) โรคบิด
- (๕) ไข้สวกไส
- (๖) โรคคางทูม
- (๗) โรคเรื้อน
- (๘) โรคผิวหนังที่น่ารังเกียจ
- (๙) โรคตับอักเสบที่เกิดจากไวรัส
- (๑๐) โรคอื่น ๆ.....

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์(๓).....

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ

- (๑) ให้ประทับตราสถานพยาบาลพร้อมระบุที่อยู่
- (๒) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (๓) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับแต่วันตรวจร่างกาย