

ใบรับรองแพทย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 ใบอนุญาตเลขที่.....ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.
 ได้ตรวจร่างกาย(นาย/นาง/นางสาว).....
 เมื่อวันที่ เดือน.....พ.ศ..... ตามรายการดังต่อไปนี้

- (๑) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม
- (๒) โรคพิษสุราเรื้อรัง
- (๓) โรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติหน้าที่

การตรวจครั้งนี้พบว่า (นาย/นาง/นางสาว)..... ไม่เป็นโรค
 ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

(ลงนาม)

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ