**ใบรับรองแพทย์**

เขียนที่ โรงพยาบาล.......................................................

วันที่.........................เดือน.............................พ.ศ..........................

ข้าพเจ้า...........................................................เป็นแพทย์ปริญญา ได้รับอนุญาตขึ้นทะเบียน

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตที่..............................ตำแหน่ง นายแพทย์ ระดับ...............................

สังกัด โรงพยาบาล...........................................................................................................ได้ทำการตรวจร่างกาย

ของ นาย/นางสาว/นาง..............................................เลขประจำตัวประชาชน.....................................................

เมื่อวันที่..................เดือน..........................พ.ศ.........................แล้วปรากฏว่า ไม่เป็นผู้มี  
กายทุพพลภาพได้ความสามารถ จิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ และปราศจากโรคตาม กฎ ก.ค.ศ. ว่าด้วยโรค   
พ.ศ. 2549 ตามมาตรา 30 (5) ดังนี้

1. โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
2. วัณโรคในระยะติดต่อ
3. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
4. โรคติดยาเสพติดให้โทษ
5. โรคพิษสุราเรื้อรัง

เห็นว่า...................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

ลายมือชื่อ............................................แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(............................................)

ตำแหน่ง................................................................................

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า นายแพทย์/แพทย์หญิง...........................................................................

ได้ทำการตรวจร่างกายของข้าพเจ้าจริง

ลายมือชื่อ.....................................................ผู้รับการตรวจ