

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง (๑)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำ หรืออยู่ที่

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว

เลขประจำตัวประชาชน

สถานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

แล้ว เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ขอรับรองว่า

นาย/นาง/นางสาว ไม่เป็นคนไร้ความสามารถ
คนเสมือนไร้ความสามารถ คนวิกฤติ หรือจิตพิการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
หรือเป็นโรคตามที่กำหนดในกฎ ก.พ.
ว่าด้วยโรค พ.ศ. ๒๕๕๓ ดังต่อไปนี้

(๑) วัณโรคในระยะแพร่กระจายเชื้อ

(๒) โรคท้าซังในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(๓) โรคติดยาเสพติดให้โทษ

(๔) โรคพิษสุรำเรွ้ง

(๕) โรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรค[†]
ต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่ตามที่ ก.พ. กำหนด

*** (๖)

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ (๗)

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (๑) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้เขียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๒) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากราชการ
ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ได้ ๑ เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

*** (ถ้าหากจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจให้ระบุในข้อนี้)