

ตัวอย่างใบรับรองแพทย์



ใบรับรองแพทย์

คลินิกเวชกรรม ศิริสุขการแพทย์

ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ที่ ก ๔๔๗/๒๕๓๘

1197

สถานที่ตรวจ คลินิกเวชกรรม ศิริสุขการแพทย์ อ.๐๕๐-๒๗๔-๔๐๐๓

วัน-เดือน-ปี... ..

ข้าพเจ้า นายแพทย์ (แพทย์ปริญญาแผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ ว.๔๒๘๕๖

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำอยู่ที่ คลินิกเวชกรรม ศิริสุขการแพทย์

ตั้งอยู่ที่ เลขที่ ๓๓๒ ซี่แยกศิริสุข ถนนช่างอากาศอุทิศ แขวงสีกัน เขตดอนเมือง กรุงเทพฯ ๑๐๒๑๐ อ.๐๕๐-๒๗๔-๔๐๐๓

ได้รับการตรวจ นาย/นาง/นางสาว.....

บ้านเลขที่..... อ. กทม.

บัตรประจำตัว ☒ บัตรประชาชน ☐ บัตรใบขับขี่ ☐ อื่นๆ..... เลขที่บัตร 3.....

บัตรออกให้โดย..... สาคิน ๕๐๙..... เมื่อ..... คอช 3 ก.ก 66

ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว..... ไม่เป็นผู้มีการทพผลิกเพจน

ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หันเหหรือ ปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดเชื้อเสพติดให้โทษ

และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

(๑) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(๒) วัณโรคในระยะอันตราย

(๓) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(๔) (ถ้าจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับตรวจให้ระบุในข้อนี้).....

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์.....

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(นายแพทย์ พรชิต งามนิพร)

หมายเหตุ

(๑) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๒) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง หรือหมายเหตุโรคที่เป็นเหตุให้ต้องออกใบตรวจการ

(๓) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย