

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจโรค

วันที่ เดือน พ.ศ. ๒๕๖๕

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือ สถานที่ปฏิบัติงานประจำ หรืออยู่ที่

..... โทรศัพท์

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นางสาว..... อายุ ปี

เลขประจำตัวประชาชน ที่อยู่ (สามารถติดต่อได้)

..... โทรศัพท์

ได้ตรวจร่างกาย เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ขอรับรองว่า

นาย/นางสาว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพ

จนไม่สามารถ เข้ารับการฝึกวิชาทหารได้ ไม่มีอาการของโรคจิต หรือพิษเพื่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยา

เสพติดให้โทษ อาการพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการแสดงของโรคดังต่อไปนี้

๑. โรคติดต่อร้ายแรง หรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อ
การฝึกวิชาทหาร
๒. วัณโรคในระยะอันตราย (ระยะแพร่กระจายเชื้อ)
๓. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการ เป็นที่รังเกียจแก่สังคม
๔. ถ้าจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้อง กับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจให้ระบุในข้อนี้

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของนายแพทย์ สุขภาพร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง สามารถเข้า

รับการทดสอบสมรรถภาพร่างกายเข้าเป็นนักศึกษาวิชาทหารได้.....

.....

.....

(ลงชื่อ) แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(.....)

หมายเหตุ (๑) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๒) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรงเพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือน

นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย