



## ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง .....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ทำการตรวจสอบประวัติและตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....อายุ .....ปี

วัน/เดือน/ปี เกิด .....เลขบัตรประชาชน

ปรากฏว่า นาย/นาง/นางสาว .....

- (1) มีสุขภาพแข็งแรง
- (2) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- (3) ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
- (4) ไม่เป็นโรคเหล่านี้

ไม่มี มี

- |                              |                          |                          |           |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|
| (4.1) โรคมะเร็ง              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ระบุ..... |
| (4.2) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ระบุ..... |
| (4.3) โรคฉี่หนูในระยะอันตราย | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ระบุ..... |
| (4.4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ระบุ..... |
| (4.5) โรคปอดเรื้อรัง         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ระบุ..... |
| (4.6) โรคตับแข็ง             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ระบุ..... |
| (4.7) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ระบุ..... |
| (4.8) ภาวะไตวาย              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ระบุ..... |

(5) โรคร้ายแรงอื่นๆ ตามที่แพทย์ระบุ .....

ลงชื่อ .....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

(โปรดประทับตราสถานบริการของรัฐ)

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งจากสถานพยาบาลของรัฐ ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
- (3) หากพบว่าเป็นโรค ตามข้อ (4),(5) หรือตามที่คณะกรรมการ เห็นว่าอันตราย สส.ชสอ. จะไม่รับเป็นสมาชิก
- (4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่ สส.ชสอ. กำหนดนี้เท่านั้น เพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สส.ชสอ. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 เป็นต้นไป