



คลินิกแพทย์จักรวาล - อรอนงค์

127/14-15 หมู่ 4 ถนนพิพิธ ต.บางทราย อ.เมือง จ.ชลบุรี 20000 ☎ 038-282748

เล่มที่ 1025

ใบรับรองแพทย์

เลขที่ 102476

ข้าพเจ้า.....นายแพทย์ จักรวาล อยู่ดี

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาต เลขที่.....20747

ได้ทำการตรวจร่างกาย.....นายศิริระ กระจิธร.....อายุ.....29.....ปี เลขที่ทั่วไป.....ค8752

เมื่อ วันที่.....15.....เดือน.....มกราคม.....พ.ศ.....2561

จากการตรวจร่างกายของผู้มีข้อข้างต้นแล้ว ขอให้ความเห็นดังต่อไปนี้

วินิจฉัยโรค.....

สรุปความเห็น.....☐ มารับการตรวจรักษาจริง

☒ หยุดพักรักษาตัวเป็นเวลา.....๗.....วัน ตั้งแต่วันที่.....15มกราคม 2561

☐

ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ออกให้เมื่อวันที่.....15.....เดือน.....มกราคม.....พ.ศ.....2561

ขอรับรองข้อความข้างต้นเป็นความจริง

ลงชื่อแพทย์ผู้ตรวจ.....

หมายเหตุ : แบบฟอร์มรับรองโดยแพทยสภา

ลายมือชื่อผู้รับการตรวจ.....ศิริระ