



## ใบรับรองแพทย์

ศูนย์บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

คณะกรรมการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร

มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี 20131

ข้าพเจ้า ใบอนุญาตประกอบโรค

ศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์เลขที่

ได้ทำการตรวจร่างกาย

ที่อยู่ปัจจุบัน

เมื่อวันที่ ได้พิจารณาเห็นแล้วว่า

.....  
มีอาการ/โรค ซึ่งเป็นผู้มีข้อบ่งชี้

ทางการแพทย์ว่าจำเป็นต้องรักษาฟื้นฟูสภาพโดยวิธีทางการแพทย์แผนไทย

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ

( )

แพทย์แผนไทยประยุกต์

หมายเหตุ : ใบรับรองแพทย์นี้จะสมบูรณ์เมื่อมีตราประทับของศูนย์บริการการแพทย์แผนไทยและ

การแพทย์ทางเลือกคณะกรรมการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี

และลงนามลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายกำกับตรา