

ใบตรวจรับรองสุขภาพ

ใบตรวจรับรองสุขภาพนี้ต้องเป็นแพทย์ในสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ลงนามและกรอกข้อความ

ข้าพเจ้า.....ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....
ได้สอบประวัติและตรวจร่างกายของ.....อายุ.....ปี
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.ปรากฏว่า

☐ มีสุขภาพดี

☐ มีโรคประจำตัว ป่วยเป็นโรค.....

ในระยะ ๒ ปีล่วงมาเคยเข้ารักษาตัวเป็นคนไข้ภายในโรงพยาบาล.....
เมื่อ.....ด้วยโรค.....
ผลการรักษา.....

☐ สมควร

☐ ไม่สมควร ได้รับการพิจารณาเข้าเป็นสมาชิก

(ลงชื่อ).....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจรับรอง

ตำแหน่ง.....

กองหรือจังหวัด.....

กรม.....กระทรวงสาธารณสุข

เรียน ประธานกรรมการ ผกส.

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บ
เบียดเบียนใกล้ชิดอันตราย หากข้าพเจ้ารู้อยู่แล้วละเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อความนั้นเป็นความเท็จ
ข้าพเจ้ายินยอมให้ ผกส. ใช้สิทธิบอกกล่าวภายในกำหนด ๖ เดือน นับแต่วันที่ ผกส. ทราบข้อมูลเหตุอันจะบอกกล่าวได้

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ).....(ผู้สมัครสมาชิก ผกส.)

ตัวบรรจง (.....)