

ใบรับรองแพทย์

183/1 หมู่ 5 อ.เมือง จ.เชียงราย 57000

วันที่ 20/12/2552

ข้าพเจ้า.....เบญจ.....ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....xxxx.....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือ สถานที่ปฏิบัติงานประจำอยู่ที่ โรงพยาบาลเชียงคำ

ได้ตรวจร่างกายนาย/นาง/นางสาว.....เอกวัฒน์ ปลูก.....

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้).....211/2 หมู่ที่ 12 ถ.เทศบาลอิน อ.เมืองจ.เชียงราย.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....3579900225325.....

เมื่อวันที่.....20/12/2552..... ขอรับรองว่า

นาย/นาง/นางสาว.....เอกวัฒน์ ปลูก..... ไม่เป็นผู้มีร่างกาย

ทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือพิษฝิ่น หรือปัญญาอ่อน

ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรังและไม่ปรากฏอาการแสดง

ของโรคดังต่อไปนี้ :-

- (1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
 - (2) วัณโรคในระยะอันตราย
 - (3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการ เป็นที่รังเกียจแก่สังคม
 - (4) ถ้าจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้อง กับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจ ให้ระบุในข้อนี้
- สรุปความเห็นและคำแนะนำของแพทย์.....สุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปกติ.....

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ตรวจ

(.....เบญจ.....)

ลงชื่อ..... ผู้รับการตรวจ

(.....เอกวัฒน์ ปลูก.....)

หมายเหตุ

- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีการสมบุรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากราชการ
- ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย