



# โรงพยาบาลภัทร-ธนบุรี

PHATARA-THONBURI HOSPITAL

32/410 หมู่ 6 ถนนพหลโยธิน ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12120  
โทร. 0-2901-8400-8 โทรสาร: 0-2901-8082

เล่มที่ 2942

เลขที่ 147100

## สำเนาใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate Copy)

หนังสือรับรองฉบับนี้ ขอรับรองว่า

นายแพทย์/แพทย์หญิง (Physician's name) .....

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่ (License No.) .....

ข้าพเจ้าแพทย์ผู้ตรวจผู้มีชื่อข้างต้นนี้ ได้กระทำการตรวจรักษามุคคุดังต่อไปนี้ - (This is to certify that)

ชื่อ - นามสกุล (Patient's name) ..... อายุ (Age) ..... ปี (Year)

เลขประจำตัว (H.N.) ..... (A.N.) .....

เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... (Date of examination D/M/Y) .....

วินิจฉัยโรค (Diagnosis) .....

ความเห็น (Summary) .....

ใบรับรองฉบับนี้ออกให้เมื่อวันที่ (Issue date) ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง (The above statement is true)

ลงชื่อแพทย์ผู้ตรวจ.....  
(Physician's Signature)

ลายมือชื่อผู้รับการตรวจ.....  
(Patient's Signature)