



ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ
วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่
ได้ทำการตรวจสอบประวัติและตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....
เลขบัตรประชาชน อายุปี วันเดือนปีเกิด
ปรากฏว่า

นาย/นาง/นางสาว.....

- (1) มีสุขภาพแข็งแรง
- (2) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- (3) ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
- (4) ไม่เป็นโรคเหล่านี้
- (4.1) โรคเมเร็งทุกชนิด ทุกระยะ
 (4.2) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด
 (4.3) โรควัณโรคในระยะอันตราย
 (4.4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
 (4.5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- (5) โรคร้ายแรงอื่นๆ ตามที่แพทย์ระบุ

ลงชื่อ
(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย
(โปรดประทับตราสถานพยาบาลของรัฐ)

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
(3) หากพบว่าเป็นโรค ตามข้อ (4), (5) หรือตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย สส.ชสอ. ไม่รับเป็นสมาชิก
(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่ สส.ชสอ. กำหนดนี้เท่านั้น เพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สส.ชสอ.