



ใบรับรองแพทย์
(จากสถานพยาบาลของรัฐ)

ส่วนที่ ๑

ของผู้ขอใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ---

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้)

.....โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีประวัติการรักษาโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล

๑. โรคมาเรียม ไม่มี มี (ระบุ).....

๒. โรคไต ไม่มี มี (ระบุ).....

๓. โรคตับ ไม่มี มี (ระบุ).....

๔. โรคหัวใจ ไม่มี มี (ระบุ).....

๕. โรคอื่น ๆ ไม่มี มี (ระบุ).....

หมายเหตุ ๑. ข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า โดยให้ ฉกส. ขอประวัติการรักษาใน
โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

๒. หากข้าพเจ้าละเว้นไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลทำให้ข้าพเจ้าขาด
คุณสมบัติจากการเป็นสมาชิก

๓. ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ในการสมัครเป็นสมาชิก ฉกส. เท่านั้น

ลงชื่อ

ตัวบรรจง (.....) ผู้ขอใบรับรองแพทย์

วันที่ เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ ๒

ของแพทย์

สถานที่ตรวจ

๑. ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่สถานพยาบาลของรัฐชื่อ.....
ที่อยู่.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาวแล้วเมื่อวันที่..... เดือน พ.ศ.

มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว กก. ความสูง เซนติเมตร ความดันโลหิต มม.ปรอท ชีพจร..... ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ ปกติ ผิดปกติ (ระบุ)

๒. สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ ดังนี้

.....

.....

ตราประทับ

สถานพยาบาลของรัฐ

ลงชื่อ

(.....) แพทย์ผู้ตรวจรับรอง

วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย