



เลขที่

## ใบรับรองแพทย์

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

โทร. 0-2441-6100

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ..... ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ .....

ได้ทำการตรวจ..... อายุ..... HN.....

เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

มีความเห็นว่า

การรับรองของแพทย์

- รับรองว่ามารับการรักษาที่ ร.พ. นี้จริง
- เห็นสมควรให้ลาพักเพื่อรักษาตัว มีกำหนด ..... วัน  
ตั้งแต่วันที่ ..... เดือน..... พ.ศ.....  
ถึงวันที่ ..... เดือน..... พ.ศ.....

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ตรวจ

(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้รับใบรับรองแพทย์

(.....)