

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. 2559

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือ สถานที่ปฏิบัติงานประจำ หรืออยู่ที่

..... โทรศัพท์

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นางสาว อายุ ปี

เลขประจำตัวประชาชน ที่อยู่ (สามารถติดต่อได้)

..... โทรศัพท์

ได้ตรวจร่างกาย เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.2559 ขอรับรองว่า

นาย/นางสาว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถเข้ารับการฝึกวิชาทหารได้ ไม่มีอาการของโรคจิต หรือพันเพื่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ อาการพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการแสดงของโรคดังต่อไปนี้

(๑) โรคติดต่อร้ายแรง หรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการฝึกวิชาทหาร

(๒) วัณโรคในระยะอันตราย (ระยะแพร่กระจายเชื้อ)

(๓) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการ เป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(๔) ถ้าจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจให้ระบุในข้อนี้

.....

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของนายแพทย์สุขภาพร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง.....

.....สามารถเข้ารับการทดสอบสมรรถนะร่างกาย เข้าเป็นนักศึกษาวิชาทหารได้.....

.....

(ลงชื่อ) แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย