





ใบรับรองแพทย์  
(จากสถานพยาบาลของรัฐ)

ส่วนที่ ๑ ของผู้ขอใบรับรองแพทย์

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) .....

โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีประวัติการรักษาโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล

๑. โรคมะเร็ง  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 ผกส. ขอประวัติการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

๒. หากข้าพเจ้าละเว้นไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลทำให้ข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติจากการเป็นสมาชิก

๓. ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ในการสมัครเป็นสมาชิก ผกส. เท่านั้น

ลงชื่อ .....

ตัวบรรจง (.....) ผู้ขอใบรับรองแพทย์

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ส่วนที่ ๒ ของแพทย์

สถานที่ตรวจ .....

๑. ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง .....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ .....สถานพยาบาลของรัฐชื่อ.....  
ที่อยู่.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว .....แล้วเมื่อวันที่..... 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