

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง
 ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....
 ได้ทำการสอบประวัติและตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว..... อายุ.....ปี
 ปรากฏว่า

นาย / นาง / นางสาว.....
 ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ **และ**
ปราศจากประวัติโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

- (1) โรคเมเร็งทุกชนิด ทุกระยะ
- (2) โรคหัวใจ
- (3) โรควิณ โรคในระยะอันตราย
- (4) โคเอนาหวานขั้นรุนแรง
- (5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ () สุขภาพแข็งแรง
 () อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วย
 สถานพยาบาล
- (2) แพทย์สรุปความเห็นว่าเป็นผู้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง หรืออื่น ๆ ระบุโรค.....
- (3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
- (4) หากพบว่าเป็นโรคตาม (1) - (5) หรือโรคอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าเป็นอันตราย
 สماعคมฯ จะไม่รับเป็นสมาชิก**
- (5) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมนฯ กำหนดนี้เท่านั้น เพื่อประกอบการสมัคร
 เป็นสมาชิก สสทท. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ **1 มีนาคม 2558** เป็นต้นไป

เรียน นายกสมาคมฯ ปณิกกิจสงเคราะห์สมาชิกรวมกันแห่งประเทศไทย

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บ
 ตาม (1) - (5) หากข้าพเจ้ารู้อยู่แล้วและละเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อความนั้นเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้
 สสทท. ใช้สิทธิตัดรายชื่อพ้นสมาชิกภาพ สสทท. ตามข้อบังคับ ข้อ 9.1 (4) และ ข้อ 9.2 (6) และ ข้อ 14 (4) ได้

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ) (ผู้สมัครสมาชิก สสทท.)

ตัวบรรจง (.....)