ตราประทับ
สถานพยาบาล
ของรัฐ

สสธท. 2

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ทำการสอบประวัติและตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว..... อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐ ปรากฏว่า

นาย / นาง / นางสาว.....

☐ (1) มีสุขภาพแข็งแรง

☐ (2) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

☐ (3) ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ

(4) <u>ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้ ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้</u>

	ไม่มี	มี	
(4.1) โรคมะเร็ง	☐	☐	ระบุ.....
(4.2) โรคหัวใจ	☐	☐	ระบุ.....
(4.3) โรควัณโรค	☐	☐	ระบุ.....
(4.4) โรคปอดเรื้อรัง	☐	☐	ระบุ.....
(4.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง	☐	☐	ระบุ.....
(4.6) ภาวะไตวาย	☐	☐	ระบุ.....
(4.7) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	☐	☐	ระบุ.....
(4.8) โรคตับแข็ง	☐	☐	ระบุ.....

<u>(5) มีโรคร้ายแรงอื่น ๆ ระบุ</u>.....

<u>ความเห็นแพทย์</u>.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล (ระบุที่ออกเป็นสถานพยาบาลของรัฐ)

(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) <u>หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (4) หรือตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย สมาคมฯ จะไม่รับเป็นสมาชิก</u>

(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สสธท. เริ่มใช้ตั้งแต่**<u>วันที่ 1 กันยายน 2562</u>** เป็นต้นไป

เรียน นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

ข้าพเจ้า.....**<u>ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บตาม ข้อ (4) และยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า โดยให้ สสธท. ขอประวัติการรักษาในสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้</u>**

หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัว หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ ให้ถือว่าข้าพเจ้าไม่มีสมาชิกภาพ สสธท. มาตั้งแต่ต้น ตามข้อบังคับ ข้อ 10.1 (4) ข้อ 10.2 (7) และข้อ 15 (4) ได้

(ลงชื่อ).....(ผู้สมัครสมาชิก สสธท.)

ตัวบรรจง(.....)