

แบบใบรับรองแพทย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง (ก).....เป็นแพทย์

ที่ได้ขึ้นทะเบียนและรับอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ (ข).....

สาขาเวชกรรม หมายเลขทะเบียน.....ประจำ.....

ได้ทำการตรวจร่างกายของ.....ตำแหน่ง.....

โรงเรียน.....กรม.....กระทรวง.....

จังหวัด.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....แล้ว

ปรากฏว่า.....ได้รับอันตรายหรือป่วยเจ็บสูญเสียอวัยวะหรืออวัยวะ

สูญเสียสมรรถภาพจริง คือ.....

.....

.....

.....

- เห็นว่า
- (1) ไม่สามารถรับราชการหรือปฏิบัติงานได้เลย
 - (2) สามารถรับราชการหรือปฏิบัติงานในหน้าที่เดิมต่อไปได้ตามปกติ
 - (3) สามารถรับราชการหรือปฏิบัติงานในหน้าที่อื่นได้

.....

แพทย์ผู้ตรวจ

หมายเหตุ

- (ก) แสดงตำแหน่งหรือวิทยฐานะ เช่น เป็นแพทย์ประกาศนียบัตรหรือแพทย์ปริญญา
- (ข) ให้แสดงว่า เป็นผู้ที่ได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้น 1 หรือแผนโบราณเฉพาะในจังหวัดที่ไม่มีแพทย์แผนปัจจุบันชั้น 1