

ใบรับรองแพทย์
Medical Certificate

วันที่ _____

Date:

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง _____ แพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง

Name _____ a medical doctor

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ _____ ออกให้ ณ วันที่ _____ เดือน _____ ปี _____

Holding medical license No. _____ issued on date _____ month _____ year

ได้ทำการตรวจร่างกาย _____ เมื่อวันที่ _____

have examined _____ (name) _____ on date

แล้วปรากฏว่า _____ ปปราศจากโรค ดังต่อไปนี้

and have found _____ (name) _____ free of the following diseases

- | | | | |
|----|--------------------------|-----------------------|------------------------|
| 1. | <input type="checkbox"/> | โรคเรื้อน | Leprosy |
| 2. | <input type="checkbox"/> | วัณโรคระยะอันตราย | Tuberculosis (T.B.) |
| 3. | <input type="checkbox"/> | โรคเท้าช้าง | Elephantiasis |
| 4. | <input type="checkbox"/> | โรคยาเสพติดให้โทษ | Drug Addiction |
| 5. | <input type="checkbox"/> | โรคซิฟิลิสในระยะที่ 3 | Third Step of Syphilis |
| 6. | <input type="checkbox"/> | โรคอื่นๆ โปรดระบุ | others, please specify |
| | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |

_____ เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์ ไม่มีจิตฟั่นเฟือน, ไม่สมประกอบ หรือ ไม่เป็นผู้ที่มี
ร่างกายทุพพลภาพ หรือเป็นโรคดังกล่าวข้างต้น
(name) is in good physical and mental health free from any defect.

ความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ Doctor's opinion and recommendations

เหมาะสมที่จะศึกษาในโรงเรียน

Suitable to study at the school

ไม่เหมาะสมที่จะศึกษาในโรงเรียน เนื่องจาก

Unsuitable to study at school for the following reason

ลงชื่อ _____ นายแพทย์ผู้ตรวจ

Doctor's Signature

M.D.

(.....)

Name (in print)

Address

.....

Tel: