



ใบรับรองแพทย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาต เลขที่ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ได้ตรวจร่างกาย (นาย / นาง / นางสาว).....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ปรากฏว่า

(นาย / นาง / นางสาว).....ปราศจากโรคดังต่อไปนี้

- (1) โรคพิษสุราเรื้อรัง
- (2) โรคเท้าช้าง
- (3) โรคติดยาเสพติดอย่างร้ายแรง
- (4) โรคเรื้อนในระยะแสดงอาการ
- (5) วัณโรคในระยะอันตราย
- (6) โรคคุดทะราด หรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ
- (7) โรคซิฟิลิสในระยะที่มีฝื่นหรือแผลตามผิวหนัง
- (8) โรคอื่น ๆ ในระยะรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

การตรวจครั้งนี้ พบว่า (นาย / นาง / นางสาว).....

 เป็นโรคอยู่ในระยะ.....

ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

ตามข้อบังคับสภาเภสัชกรรม ว่าด้วยโรคซึ่งต้องห้ามมิให้เป็นสมาชิกสภาเภสัชกรรมฯ

 ไม่เป็นโรคซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

ตามข้อบังคับสภาเภสัชกรรม ว่าด้วยโรคซึ่งต้องห้ามมิให้เป็นสมาชิกสภาเภสัชกรรมฯ

(ลงนาม).....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

