



ใบรับรองแพทย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาต เลขที่ ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

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

- (1) โรคพิษสุราเรื้อรัง
- (2) โรคเท้าช้าง
- (3) โรคจิตดึกดำบรรพ์อย่างร้ายแรง
- (4) โรคจิตต่าง ๆ
- (5) โรคเรื้อนในระยะแสดงอาการ
- (6) วัณโรคในระยะอันตราย
- (7) โรคคุดทะราดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่รังเกียจ
- (8) ซิฟิลิสในระยะที่ 2 (ระยะที่มีฝื่นหรือแผลตามผิวหนัง)
- (9) โรคอื่นในระยะรุนแรงที่คณะกรรมการสภาเภสัชกรรม เห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

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

เป็นโรคอยู่ในระยะ.....

ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมตามข้อบังคับสภาเภสัชกรรมว่าด้วยโรคซึ่งต้องห้ามมิให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537

ไม่เป็นโรคซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมตามข้อบังคับสภาเภสัชกรรมว่าด้วยโรคซึ่งต้องห้ามมิให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537

(ลงนาม).....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ