

ใบรับรองแพทย์

สำหรับประกอบการรายงานตัวเข้าเป็นนักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ

ชื่อสถานที่ตรวจ .....

เลขที่ ..... ถนน ..... ตำบล .....

อำเภอ ..... จังหวัด .....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง .....

แพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ .....

ได้ตรวจร่างกาย นาย / นางสาว .....

ที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) .....

บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ .....

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

ขอรับรองว่า นาย / นางสาว .....

ไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรค ต่อไปนี้

1. มีกายทุพพลภาพจนเป็นอุปสรรคต่อการเรียน
2. มีอาการของโรคจิต หรือ จิตฟั่นเฟือน
3. มีอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ หรือ อาการโรคพิษสุราเรื้อรัง
4. โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือ ปรากฏเป็นที่รังเกียจ
5. วัณโรคระยะอันตราย
6. โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจ

โดยมีผลการตรวจร่างกายทั่วไป .....

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ .....

.....

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

( )

หมายเหตุ

1. ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ ใช้ได้ 1 เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
2. ต้องประทับตรา หรือสัญลักษณ์ของสถานที่ตรวจที่ได้รับ