



ทศ.๑๕

## ใบรับรองแพทย์

เขียนที่ \_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว) \_\_\_\_\_

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่ \_\_\_\_\_ ออกให้ ณ วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

ได้ตรวจสุขภาพ (นาย/นาง/นางสาว) \_\_\_\_\_

เมื่อวันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_ แล้วปรากฏว่า

(นาย/นาง/นางสาว) \_\_\_\_\_ ปราศจากโรคดังต่อไปนี้

- (1) โรคพิษสุราเรื้อรัง
- (2) โรคเท้าช้าง
- (3) โรคติดยาเสพติดอย่างร้ายแรง
- (4) โรคจิตต่างๆ
- (5) โรคเรื้อนในระยะแสดงอาการ
- (6) วัณโรคในระยะอันตราย
- (7) โรคकुทูระโรคหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ
- (8) กามโรคในระยะที่ 2 (ระยะที่มีฝื่นหรือแผลตามผิวหนัง)
- (9) โรคอื่น ๆ ในระยะรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการประกอบวิชาชีพทันตกรรม

การตรวจครั้งนี้พบว่า (นาย/นาง/นางสาว) \_\_\_\_\_

( ) เป็นโรค \_\_\_\_\_ อยู่ในระยะ \_\_\_\_\_

ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการประกอบวิชาชีพทันตกรรมตามข้อบังคับทันตแพทยสภา ว่าด้วยโรคซึ่งต้องห้ามมิให้เป็นสมาชิกหรือ  
ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537

( ) ไม่เป็นโรค ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการประกอบวิชาชีพทันตกรรม ตามข้อบังคับทันตแพทยสภาว่าด้วยโรคซึ่งต้อง  
ห้ามมิให้เป็นสมาชิก หรือขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมพ.ศ. 2537

(ลงนาม) \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )

แพทย์ผู้ตรวจ