



ใบรับรองแพทย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่..... ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ได้ตรวจสุขภาพ (นาย/นาง/นางสาว).....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... แล้วปรากฏว่า

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

- (๑) โรคพิษสุราเรื้อรัง
- (๒) โรคเท้าช้าง
- (๓) โรคติดยาเสพติดอย่างร้ายแรง
- (๔) โรคจิต (PSYCHOSIS) หรือโรคอารมณ์ผิดปกติ (MOOD DISORDER) ที่ปรากฏอาการเด่นชัดรุนแรงหรือเรื้อรังและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่
- (๕) โรคเรื้อนในระยะแสดงอาการ
- (๖) วัณโรคในระยะอันตราย
- (๗) โรคคุดทะราดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ
- (๘) กามโรคในระยะที่ ๒ (ระยะที่มีฝื่นหรือแผลตามผิวหนัง)
- (๙) โรคอื่นๆ ในระยะรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการประกอบวิชาชีพทันตกรรม

การตรวจครั้งนี้พบว่า (นาย/นาง/นางสาว).....

() เป็นโรค.....อยู่ในระยะ.....

ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการประกอบวิชาชีพทันตกรรมตามข้อบังคับทันตแพทยสภา ว่าด้วยโรคซึ่งต้องห้ามมิให้
เป็นสมาชิก พ.ศ. ๒๕๖๖() ไม่เป็นโรค ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการประกอบวิชาชีพทันตกรรม ตามข้อบังคับทันตแพทยสภา
ว่าด้วยโรคซึ่งต้องห้ามมิให้ เป็นสมาชิก พ.ศ. ๒๕๖๖

(ลงนาม)

.....

แพทย์ผู้ตรวจ