



โรงพยาบาล

ใบรับรองแพทย์

แพทย์ผู้ตรวจ

ผู้ประกอบการเวชกรรมใบอนุญาต เลขที่

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำ โรงพยาบาล

หนังสือรับรองฉบับนี้ขอรับรองว่า

ข้าพเจ้าแพทย์ผู้ตรวจผู้มีชื่อตามข้างต้นนี้ ได้ทำการตรวจร่างกายของบุคคลดังต่อไปนี้

ชื่อ-นามสกุล

อายุ ๓๘ ปี

สถานที่อยู่(ที่สามารถติดต่อได้)

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่

ณ สถานที่ตรวจ

เมื่อ วันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๒

จากการตรวจร่างกายของผู้มีชื่อข้างต้นแล้ว ขอให้ความเห็นดังต่อไปนี้

มีอาการ ตาบอดทั้ง ๒ ข้าง

ปรากฏว่า

วินิจฉัยโรค

Diagnosis

เห็นสมควร มีความพิการจริง

ควรหยุดงาน / ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาใน รพ. ตั้งแต่วันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๒

ถึง ๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๒

ใบรับรองฉบับนี้ออกให้เมื่อวันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๒

ขอรับรองข้อความข้างต้นเป็นความจริง

ลงชื่อแพทย์ผู้ตรวจ



ลายมือชื่อผู้รับการตรวจ

หมายเหตุ แบบฟอร์มนี้รับรองโดยแพทย์สภา