

## ใบรับรองแพทย์

สำหรับผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาต่อในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4  
ห้องวิทยาศาสตร์ภูมิภาค ปีการศึกษา 2560 โรงเรียนจุฬาภรณราชวิทยาลัย สตุล

สถานที่ตรวจ.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง..... ใบอนุญาตเลขที่.....  
สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำ หรืออยู่ที่.....

ก) เป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรออนุญาตให้ประกอบโรคศิลปะ แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรมได้ทำการ  
ตรวจร่างกายของ.....บัตรประชาชนเลขที่.....

ข) ปรากฏว่า ไม่เป็นผู้ทุพพลภาพ ไร้ความสามารถ สติฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ และปราศจากโรคเหล่านี้คือ

- 1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- 2) วัณโรคในระยะอันตราย
- 3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการที่เป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม
- 4) โรคพิษสุราเรื้อรัง
- 5) โรคติดยาเสพติดให้โทษ
- 6) โรคอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และการพักในหอพักของโรงเรียนจุฬาภรณราชวิทยาลัย สตุล

ค) พิจารณาผลการตรวจร่างกายแล้วเห็นว่า ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาต่อ มีสุขภาพ

- สมบูรณ์  
 ไม่สมบูรณ์ เนื่องจาก.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ได้รับการตรวจร่างกายจริงทุกประการ

ขอรับรองว่า ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาต่อ ได้ผ่านการตรวจ  
ร่างกายจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....  
(.....)

ผู้รับการตรวจ

ลงชื่อ.....  
(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ