

ใบรับรองแพทย์

สำหรับผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาต่อในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4
ห้องวิทยาศาสตร์ภูมิภาค ปีการศึกษา 2561 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

(ประทับตราสถานพยาบาล)