

ใบรับรองแพทย์

Medical Certification

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
Date Month Year (B.E.)

ข้าพเจ้าแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งถือใบอนุญาต
I am (name) a medical doctor, holding

ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
medical license number issued on day month year (B.E.)

ได้ทำการตรวจร่างกายแล้วปรากฏว่า.....
have examined and found that (name)

เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือนหรือไม่สมประกอบ หรือ ไม่เป็นผู้ที่มีร่างกายทุพพล
ภาพ และปราศจากโรค ดังต่อไปนี้

is in good physical complete, not being a person with a disturbed mind or unfit condition, or not being someone with a physical disability and free from the following diseases:

- | | |
|--|--------------------------------|
| 1. โรคเรื้อน | LEPROSY |
| 2. วัณโรคระยะอันตราย | TUBERCULOSIS (T.B.) |
| 3. โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการอันเป็นที่รังเกียจแก่สังคม | ELEPHANTIASIS |
| 4. โรคพิษสุราเรื้อรัง | ALCOHOLISM |
| 5. โรคยาเสพติดให้โทษ | DRUG ADDICTION |
| 6. โรคซิฟิลิสในระยะที่ 3 | SYPHILIS 3 rd LEVEL |

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจ
(Signature) Medical Doctor

ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้มีอายุ 1 เดือนนับจากวันที่ตรวจร่างกาย
This medical certification is valid for 1 month after the date of examination