

# ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้านายแพทย์/แพทย์หญิง (1) .....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ ..... ได้ทำการตรวจร่างกาย

นาย/นาง/นางสาว ..... ซึ่งได้สมัครเข้ารับราชการ

เป็นข้าราชการพลเรือนในสถาบันอุดมศึกษา เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... ปรากฏว่า

นาย/นาง/นางสาว ..... ไม่เป็นโรคที่เป็นลักษณะต้องห้าม

รับราชการเป็นข้าราชการพลเรือนในสถาบันอุดมศึกษา ตามกฎ ก.พ.อ. ว่าด้วยโรคที่เป็นลักษณะต้องห้ามเป็นข้าราชการ

พลเรือนในสถาบันอุดมศึกษา พ.ศ. 2549 ลงวันที่ 4 ธันวาคม 2549 ดังนี้

- (1) วัณโรคในระยะอันตราย
- (2) โรคติดยาเสพติดให้โทษ
- (3) โรคพิษสุราเรื้อรัง
- (4) โรคติดต่อร้ายแรง หรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัด หรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่
- (5) โรคทางจิตที่ปรากฏอาการเด่นชัด หรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ (2) .....

.....  
.....  
.....

(ลงชื่อ) ..... แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

**หมายเหตุ** (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากราชการ

ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย