

**ใบรับรองแพทย์**  
**เพื่อขอสมัครเป็นสมาชิกสภากายภาพบำบัด**

เขียนที่.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....  
ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....  
ได้ทำการตรวจร่างกาย (นาย/นาง/นางสาว) .....  
เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ..... แล้ว

**ส่วนที่ ๑**

นาย/นาง/นางสาว .....ปราศจากโรค ดังต่อไปนี้

- (๑) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (๒) วัณโรคในระยะอันตราย
- (๓) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม
- (๔) โรคพิษสุราเรื้อรัง
- (๕) โรคอื่น ๆ ซึ่งคณะกรรมการสภากายภาพบำบัดเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการประกอบวิชาชีพ  
กายภาพบำบัด

**ส่วนที่ ๒**

กรณีแพทย์ตรวจพบโรคอื่น ๆ (โปรดระบุ)

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

ลงนาม

.....

( ..... )

แพทย์ผู้ตรวจ