

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/นางสาวปราศจากโรค ดังต่อไปนี้

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

ส่วนที่ ๒

กรณีที่แพทย์ตรวจพบโรคอื่น ๆ (โปรดระบุ)

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

ลงนาม

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ