

ใบรับรองแพทย์
Medical Certificate

วันที่

Date

ข้าพเจ้า นายแพทย์.....แพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง

Name

a medical doctor

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....ค.ศ.....

Holding medical license No.

issued on date

month

A.D.

ได้ทำการตรวจร่างกาย.....เมื่อวันที่.....

have examined

(name)

on date

แล้วปรากฏว่า.....ปราศจากโรค ดังต่อไปนี้

and have found

(name)

free of the following diseases

1. โรคเรื้อน

LEPROSY

2. วัณโรคระยะอันตราย

TUBERCULOSIS (T.B.)

3. โรคเท้าช้าง

ELEPHANTIASIS

4. โรคยาเสพติดให้โทษ

DRUG ADDICTION

5. โรคซิฟิลิสในระยะที่ 3

THIRD STEP OF SYPHILIS

.....เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือน

(name)

is in good physical and mental health

หรือไม่สมประกอบ หรือไม่เป็นผู้ที่มีร่างกายทุพพลภาพ หรือเป็นโรคดังกล่าวข้างต้น

free from any defect

ลงชื่อ.....นายแพทย์ผู้ตรวจ

Signature

M.D.

(.....)

Name (in print)

Address.....

.....Tel (.....).....