

ใบรับรองแพทย์
MEDICAL CERTIFICATE

วันที่.....
Date

ข้าพเจ้า นายแพทย์.....แพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง
1. Namea medical doctor
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ออกให้ ณ วันที่เดือน.....ค.ศ.....
Holding medical License No.....issued on daymonthA.D.....
ได้ทำการตรวจร่างกาย.....เมื่อวันที่.....
Have examined(name).....on date
แล้วปรากฏว่า Mr/Mrs./Miss.....ปราศจากโรค ดังต่อไปนี้
and have found (name) free from 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 |

Mr/Mrs/Miss.....เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือน
(name) is in good physical and mental
health free from any defect.

(ลงชื่อ).....นายแพทย์ผู้ตรวจ
Signature M.D.
(.....)
Name (in print)