



สสทช. 2

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ทำการสอบประวัติและตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว..... อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน pragwā

นาย / นาง / นางสาว.....

- (1) มีสุขภาพแข็งแรง
- (2) ไม่เป็นผู้มีภัยทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- (3) ไม่มีจิตพิรุณเพื่อน ไม่สมประกอบ

(4) ไม่มีประวัติการรักษาโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

- (4.1) โรคมะเร็งทุกชนิด ทุกระยะ.....
- (4.2) โรคหัวใจ.....
- (4.3) โรควันโรคในระยะอันตราย.....
- (4.4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง.....
- (4.5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง.....

(5) มีโรคร้ายแรงอื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันขึ้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (4) (5) หรือตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย

สามารถ จะไม่รับเป็นสมาชิก

(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมฯกำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัคร
เป็นสมาชิก สสทช. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2562 เป็นต้นไป

เรียน นายกสมาคมฯ ประธานกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณชนสุขไทย

ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคตาม ข้อ (4) (5)

และยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า โดยให้ สสทช. ขอประวัติการรักษาในสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้
หากข้าพเจ้าจะเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัว หรือแสดงข้อความอันเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ สสทช.
ใช้สิทธิ์ด้วยชื่อพันสมาชิกภาพ สสทช. ตามข้อบังคับ ข้อ 10.1 (4) ข้อ 10.2 (6) และข้อ 15(4) ได้

(ลงชื่อ)..... (ผู้สมัครสมาชิก สสทช.)

ตัวบรรจง(.....)