

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือสถานที่ปฏิบัติงาน ประจำอยู่ที่.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/ นาง/นางสาว.....

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้).....

บัตรประจำตัวเลขที่ (ระบุประเภทของบัตรด้วย).....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขอรับรองว่านาย/นาง/นางสาว.....ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ และไม่ปรากฏอาการและแสดงของโรคตามมาตรา ๗ (ข) (๒) แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือนในสถาบันอุดมศึกษา พ.ศ. ๒๕๔๗ ได้กำหนดลักษณะต้องห้ามของผู้ที่จะเข้ารับราชการเป็นข้าราชการพลเรือนในสถาบันอุดมศึกษาว่าต้องไม่เป็นโรคตามที่กำหนดในกฎ ก.พ.อ. ในคราวประชุมครั้งที่ ๑๐/๒๕๔๙ เมื่อวันที่ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๔๙ ได้พิจารณาแล้วมีมติโรคต้องห้ามดังนี้

๑. วัณโรคในระยะอันตราย
๒. โรคติดยาเสพติดให้โทษ
๓. โรคพิษสุราเรื้อรัง
๔. โรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน

ในหน้าที่

๕. โรคทางจิตที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่

สรุปความเห็นและขอแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ ๑. จะต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

๒. ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากราชการ

๓. ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย