

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
หรือ ไม่สมบูรณ์ หรือ ไม่เป็นผู้ที่มีร่างกายทุพพลภาพ หรือเป็นโรคดังกล่าวข้างต้น
free from any defect

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