

## ใบรับรองแพทย์ของสำนักงาน ป.ป.ช.

## ส่วนที่ ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....  
 สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) .....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพ โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

๑. โรคประจำตัว  ไม่มี  มี (ระบุ) .....
๒. อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด  ไม่มี  มี (ระบุ) .....
๓. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล  ไม่มี  มี (ระบุ) .....
๔. ประวัติอื่นที่สำคัญ .....

ลงชื่อ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

## ส่วนที่ ของแพทย์

(๑) สถานที่ตรวจ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง .....

(๒) ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ ..... สถานพยาบาลชื่อ.....  
 ที่อยู่ .....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว .....

แล้วเมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว ..... กก. ความสูง ..... เซนติเมตร ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท ชีพจร ..... ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์  ปกติ  ผิดปกติ (ระบุ) .....

ขอรับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการ  
 ของโรคจิต หรือวิกลจริต หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

๑) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

๒) โรคติดยาเสพติดให้โทษ

๓) โรคพิษสุราเรื้อรัง

๔) โรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการออกมาเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นเหตุให้ไม่เหมาะสม

ที่จะเป็นข้าราชการสำนักงาน ป.ป.ช.

(๓) สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ .....

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

**หมายเหตุ** (๑) ออกโดยโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น และใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(๒) ต้องเป็นแพทย์ผู้ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๓) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด

(๔) คำรับรองนี้เป็นการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น