



ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

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

เลขประจำตัวประชาชน ปรากฏว่า

นาย / นาง / นางสาว.....

(1) มีสุขภาพแข็งแรง

(2) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

(3) ไม่มีจิตพินเพื่อน ไม่สมประกอบ

(4) ไม่มีประวัติการรักษาโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

(4.1) โรคมาเร็็งทุกชนิด ทุกระยะ

(4.2) โรคหัวใจ

(4.3) โรคฉั้วโรคในระยะอันตราย

(4.4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง

(4.5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง

(4.6) โรคร้ายอื่นๆ ระบุ.....

(5) มีโรคร้ายแรงอื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

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

กองทุนฯ จะไม่รับเป็นสมาชิก

(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่กองทุนฯกำหนดนี้เท่านั้น เพื่อประกอบการสมัคร เป็นสมาชิก กสธท. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2562 เป็นต้นไป

เรียน ประธานกรรมการกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

ข้าพเจ้า.....**ขอรับรองว่าข้าพเจ้าไม่เป็นโรคตาม**

ข้อ (4) (5) และยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า โดยให้ กสธท. ขอประวัติการรักษาในสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้ หากข้าพเจ้ารู้อยู่แล้วละเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อความนั้นเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้

กสธท. ใช้สิทธิตัดรายชื้อพินสมาชิกภาพ กสธท.ตามข้อบังคับ ข้อ 14(1) (3) ได้

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....(ผู้สมัครสมาชิก กสธท.)

ตัวบรรจง(.....)