



## ใบรับรองแพทย์

โรงพยาบาลศิรินคร กรุงเทพมหานคร

ข้าพเจ้า.....ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย..... อายุ..... ปี HN.....

บัตรประจำตัวเลขที่..... เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ความเห็นแพทย์.....

.....

.....

.....

.....สมควรให้หยุดพักรักษาตัวมีกำหนด.....วัน

ระหว่างวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ใบรับรองแพทย์นี้ออกให้เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ที่ถูกต้องและสมบูรณ์ต้องมีตราประทับ โรงพยาบาลศิรินคร

ถ้ามีรอยแก้ไขต้องมีการลงลายมือชื่อกำกับโดยแพทย์ผู้ทำการตรวจ

ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย