**ใบรับรองแพทย์**

**Medical Certificate**

**สำนักงาน**

**วันที่..............เดือน....................พ.ศ...............**

**Day Month B.E.**

**ข้าพเจ้านายแพทย์.............................................................................................................แพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง**

**I, ,an M.D.**

**ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่...........................ออกให้ ณ วันที่............เดือน...........................พ.ศ.......................**

**Holding license to practice medicine No, issued on day month B.E.**

**ได้ทำการตรวจร่างกายของ...................................................................เมื่อวันที่...........เดือน.....................พ.ศ...........**

**Have examined (name) on day Month B.E.**

**แล้วปรากฏว่า.........................................................................................................................ปราศจากโรคดังต่อไปนี้**

**And have found (name) free form the following diseases :**

**๑. โรคเรื้อน LEPROSY**

**๒. วัคโรคระยะอันตราย TUBERCULOSIS**

**๓. โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการอันเป็นที่รังเกียจแก่สังคม ELEPHANTIASIS**

**๔. โรคยาเสพติดให้โทษ DRUG ADDICTION**

**๕. โรคพิษสุราเรื้อรัง ALCOHOLISH**

**๖. โรคซิฟิลิสในระยะที่ ๓ SYPHILIS**

**………………………………………………………………………….………เป็นผู้ที่มีร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือน**

**(name) is in good physical and mental**

**หรือไม่สมประกอบ หรือไม่เป็นผู้ที่ร่างกายทุพพลภาพ หรือเป็นโรคดังกล่าวข้างต้น**

**Health free form any defect**

**(ลงชื่อ)..............................................................นายแพทย์ผู้ตรวจ**

**Signature M.D.**