**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.**