

**ใบรับรองแพทย์**  
**Medical Certificate**

วันที่ .....

Date

ข้าพเจ้า นายแพทย์.....แพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง  
Name a medical doctor

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....ค.ศ.....  
Holding medical license No. issued on date month A.D.

ได้ทำการตรวจร่างกาย.....เมื่อวันที่.....  
have examined (name) on date

แล้วปรากฏว่า.....ปราศจากโรค ดังต่อไปนี้  
and have found (name) free of the following diseases

- |                          |                        |
|--------------------------|------------------------|
| 1. โรคเรื้อน             | LEPROSY                |
| 2. วัณโรคระยะอันตราย     | TUBERCULOSIS (T.B.)    |
| 3. โรคเท้าช้าง           | ELEPHANTIASIS          |
| 4. โรคยาเสพติดให้โทษ     | DRUG ADDICTION         |
| 5. โรคซิฟิลิสในระยะที่ 3 | THIRD STEP OF SYPHILIS |

.....เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือน  
(name) is in good physical and mental health

หรือไม่สมประกอบ หรือไม่เป็นผู้ที่มีร่างกายทุพพลภาพ หรือเป็นโรคดังกล่าวข้างต้น  
free from any defect

ลงชื่อ.....นายแพทย์ผู้ตรวจ  
Signature M.D.

(.....)

Name (in print)

Address.....

.....Tel (.....).....