

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 day month A.D.

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

แล้วปรากฏว่า.....ปราศจากโรค ดังต่อไปนี้
and have found (name) free from 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 หรือเป็น โรคดังกล่าวข้างต้น
free from any defect.

(ลงชื่อ).....นายแพทย์ผู้ตรวจ
Signature M.D.
(.....)
Name (in print)