

## ใบรับรองแพทย์

สำหรับผู้สมัครคัดเลือกเข้าศึกษาในระดับปริญญาตรี หลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต  
สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖

.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นพ./พญ.).....  
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....ปฏิบัติงานโรงพยาบาล.....  
ได้ตรวจร่างกาย (นาย/นางสาว).....  
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....โดยปรากฏผลการตรวจ ดังนี้

### การตรวจร่างกาย

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. ชีพจร.....ครั้ง/นาที ความดันโลหิต.....mmHg  
ประวัติโรคประจำตัว  ไม่มี  มี ระบุ.....  
การตรวจหู คอ จมูก  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....  
การตรวจปอด และหัวใจ  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....

### การตรวจทางรังสีวิทยา

- Chest X-ray  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....

ขอรับรองว่า นาย/ นางสาว.....  
เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือน หรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้ และไม่ปรากฏ  
อาการและอาการแสดงของโรค ดังต่อไปนี้

๑. โรคเรื้อน

๒. วัณโรคในระยะอันตราย

๓. โรคติดยาเสพติดให้โทษ

๔. โรคพิษสุราเรื้อรัง

๕. โรคทางจิตที่ปรากฏอาการเด่นชัด หรือรุนแรง และเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่

๖. โรคติดต่อร้ายแรง หรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัด หรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและ/  
หรือการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับการตรวจร่างกาย

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย  
(ประทับตราโรงพยาบาล)