

แบบการตรวจร่างกายของแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....แพทย์ปริญญาประจำ.....

ใบประกอบโรคศิลป์เลขที่.....ได้ทำการตรวจร่างกายและจิตใจของ.....

มีความเห็นดังนี้

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1. ตีรูปถ่ายขนาด
1.5x 2 นิ้ว ของ
ผู้รับการตรวจ ซึ่ง
ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน

2. ตีรูปถ่ายก่อนรับ
การตรวจจากแพทย์

(ลงชื่อ) แพทย์ผู้ตรวจ

()

ตำแหน่ง

(ลงชื่อ) ผู้รับการตรวจ

()

- หมายเหตุ 1. ผู้รับการตรวจจะต้องตรวจร่างกายที่สถานพยาบาลของทางราชการ โดยมีตราประทับ ตามระเบียบ กฉ.ตร. หมวด 4 ข้อ 10
2. ขอให้แพทย์ทำการตรวจเพื่อให้ทราบว่า ผู้รับการตรวจมีสุขภาพร่างกายและจิตใจ เหมาะสมที่จะสมัครเป็นสมาชิกการฌาปนกิจสงเคราะห์ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ