



ใบรับรองแพทย์

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอรับใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก สสอท.

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง/ นางสาว/ ยศเต็ม - สกุล)ต้นสังกัด สอ.จำกัด
ที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้)

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ข้าพเจ้ามีประวัติสุขภาพ ดังนี้

โรคตามข้อ (1.) – (9.) ในส่วนที่ 2 ของแพทย์ ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าประวัติสุขภาพตามข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(.....)

แจ้งไว้วันที่เดือนพ.ศ.

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

โรงพยาบาล (สถานที่ตรวจ)เป็นโรงพยาบาลรัฐบาล สังกัด

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง (ยศ - ชื่อ - สกุล)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ได้ตรวจร่างกาย (นาย/ นาง/ นางสาว/ ยศเต็ม - สกุล).....

แล้วเมื่อวันที่เดือนพ.ศ. มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว กก. ความสูง ซม. ความดันโลหิต มม.ปรอท ชีพจร..... ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ ☐ ปกติ

☐ ผิดปกติ (ระบุ)

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือนหรือ
ปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการหรือแสดงอาการของโรค
ดังต่อไปนี้

- | | | |
|-------------------------|--------------------------------|--|
| 1. โรคเมเร็ง | ☐ ไม่มี | ☐ มี (ระบุ) |
| 2. โรคหัวใจ | ☐ ไม่มี | ☐ มี (ระบุ) |
| 3. โรควัณโรค | ☐ ไม่มี | ☐ มี (ระบุ) |
| 4. โรคปอดเรื้อรัง | ☐ ไม่มี | ☐ มี (ระบุ) |
| 5. โรคเบาหวานขึ้นรุนแรง | ☐ ไม่มี | ☐ มี (ระบุ) |
| 6. ภาวะไตวาย (ล้างไต) | ☐ ไม่มี | ☐ มี (ระบุ) |
| 7. โรคเอดส์ | ☐ ไม่มี | ☐ มี (ระบุ) |
| 8. โรคตับแข็ง | ☐ ไม่มี | ☐ มี (ระบุ) |
| 9. โรคเอสแอลอี (SLE) | ☐ ไม่มี | ☐ มี (ระบุ) |

ตราประทับ

สถานพยาบาล

ของรัฐ

สรุปความเห็นแพทย์และข้อแนะนำของแพทย์

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(.....)

หมายเหตุ (1) ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ที่เป็นจริง

(2) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(3) ให้สรุปความเห็นว่าเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรง หรือ สมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(4) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ 1 – 9 หรือตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ให้ถือว่าการสมัครเป็นสมาชิกตกเป็นโมฆะทันที

(5) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนดเท่านั้น เพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สสอท. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่

1 มิถุนายน 2566 เป็นต้นไป (สำหรับผู้สมัครวาระพิเศษเท่านั้น)



ถ้อยแถลงและให้การยินยอมของผู้สมัครสมาชิก สสอท. (วาระพิเศษ)

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง/ นางสาว/ ยศเต็ม - สกุล)..... นามสกุล

เลขประจำตัวประชาชน อายุ ปี

ขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สสอท. (วาระพิเศษ) ดังนี้

- ☐ 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- ☐ 2. ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- ☐ 3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้
- | | |
|--------------------------|---|
| 4.1 โรคเมรั้ง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |
| 4.2 โรคหัวใจ | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |
| 4.3 โรคฉี่หนู | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |
| 4.4 โรคปอดเรื้อรัง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |
| 4.5 โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |
| 4.6 ภาวะไตวาย (ล้างไต) | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |
| 4.7 โรคเอดส์ | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |
| 4.8 โรคตับแข็ง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |
| 4.9 โรคเอสแอลอี (SLE) | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |

5. โรคภัยแรงอื่น ๆ (ระบุ)

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้ดังกล่าวข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้ว ถือว่าการสมัครเป็นสมาชิกเป็นโมฆะ ให้ สสอท. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิก สสอท. ตามข้อบังคับ สสอท. พ.ศ. 2566 (ฉบับที่ 2) ข้อ 16(5) ได้ทันที และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้า จะไม่ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใด ๆ และขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้งข้าพเจ้าไม่ติดใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจาก สสอท. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับของ สสอท.ทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ สสอท. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้ พร้อมนี้ ข้าพเจ้าและผู้รับเงินสงเคราะห์ทุกคน ได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญด้วยแล้ว



ลงชื่อ ผู้สมัครสมาชิก สสอท.

(.....)

ลงชื่อ พยาน/ h

(.....)

ลงชื่อ พยาน/ ผู้รับเงินสงเคราะห์ คนที่ 2

(.....)

ลงชื่อ พยาน/ ผู้รับเงินสงเคราะห์ คนที่ 3

(.....)

ลงชื่อ พยาน/ ผู้รับเงินสงเคราะห์ คนที่ 4

(.....)

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

(.....)

ลงชื่อ ประธาน/ผู้จัดการศูนย์ประสานงาน

(.....)

หมายเหตุ ให้ผู้รับเงินสงเคราะห์ลงลายมือชื่อทุกคน ถ้าไม่พอให้เขียนเพิ่ม