

MEDICAL CERTIFICATE

ใบรับรองแพทย์

Date.....  
วันที่

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

holding medical license No. .... issued on day..... month..... A.D. ....  
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ ออกให้ ณ วันที่ เดือน ค.ศ.

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

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

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

(name)..... is in good physical and mental health  
free from any defect

เป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์ดี ไม่เป็นผู้มีจิตใจไม่健全  
หรือไม่สมบูรณ์ หรือเป็นผู้ที่มีร่างกายทรุดโทรม หรือเป็นโรคดังกล่าวข้างต้น

Signature..... M.D.

(.....)

Name (in print)

ลงชื่อ

นายแพทย์ผู้ตรวจ