ตราประทับ
สถานพยาบาล
ของรัฐ

กสธท. 2

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ทำการสอบประวัติและตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว..... อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐ ปรากฏว่า

นาย / นาง / นางสาว.....

☐ (1) มีสุขภาพแข็งแรง

☐ (2) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

☐ (3) ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ

(4) <u>ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้</u>

	ไม่มี	มี	
(4.1) โรคมะเร็ง	☐	☐	ระบุ.....
(4.2) โรคหัวใจ	☐	☐	ระบุ.....
(4.3) โรควัณโรค	☐	☐	ระบุ.....
(4.4) โรคปอดเรื้อรัง	☐	☐	ระบุ.....
(4.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง	☐	☐	ระบุ.....
(4.6) ภาวะไตวาย	☐	☐	ระบุ.....
(4.7) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	☐	☐	ระบุ.....
(4.8) โรคตับแข็ง	☐	☐	ระบุ.....

(5) <u>มีโรคร้ายแรงอื่น ๆ ระบุ</u>.....

<u>ความเห็นแพทย์</u>.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล (<u>ระบุที่ออกเป็นสถานพยาบาลของรัฐ</u>)

(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) <u>หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (4) (5) หรือตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย กองทุนฯ จะไม่รับเป็นสมาชิก</u>

(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่กองทุนฯกำหนดนี้เท่านั้น เพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก กสธท. เริ่มใช้ตั้งแต่**<u>วันที่ 1 กันยายน 2562</u>** เป็นต้นไป

เรียน ประธานกรรมการกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

ข้าพเจ้า..... **<u>ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคตาม ข้อ (4) (5) และยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า โดยให้ กสธท. ขอประวัติการรักษาในสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้</u>**

หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัว หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ ให้ถือว่าข้าพเจ้าไม่มีสมาชิกภาพ กสธท. มาตั้งแต่ต้น ตามข้อบังคับข้อ 14(1) (3) ได้

(ลงชื่อ).....(ผู้สมัครสมาชิก กสธท.)

ตัวบรรจง(.....)