



## ใบรับรองแพทย์ โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

ข้าพเจ้า นายแพทย์/ แพทย์หญิง.....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

ได้ทำการตรวจร่างกายบุคคลดังต่อไปนี้

ชื่อ - นามสกุล.....อายุ.....ปี เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย.....

ได้มารับการตรวจรักษาจากโรงพยาบาลบางปะกง เมื่อวันที่.....

การวินิจฉัยโรค.....

เห็นสมควร.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

ออกให้เมื่อวันที่.....เวลา.....

ขอรับรองว่าเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้รับการตรวจรักษา

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจรักษา

(.....)

(.....)