

### 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