

## แบบการตรวจร่างกายของแพทย์

(โครงการรับสมัครสมาชิกกรณีพิเศษ ปี พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๖๗ อายุตัวไม่เกิน ๖๐ ปี)  
(ประเภทสามัญและสมทบ)

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า.....แพทย์ปริญญาประจำ.....

ใบประกอบโรคศิลป์เลขที่.....ได้ทำการตรวจร่างกายและจิตใจของ.....  
มีความเห็นดังนี้

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

๑. ตีรูปถ่ายขนาด  
๑.๕ x ๒ นิ้ว ของ  
ผู้รับการตรวจ ซึ่ง  
ถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน  
๒. ตีรูปถ่ายก่อนรับ  
การตรวจจากแพทย์

(ลงชื่อ) ..... แพทย์ผู้ตรวจ  
( )

ตำแหน่ง .....

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับการตรวจ  
( )

หมายเหตุ

- ผู้รับการตรวจจะต้องตรวจร่างกายที่สถานพยาบาลของทางราชการ โดยมีตราประทับตามระเบียบ กฉ.ตร. หมวด ๔ ข้อ ๑๐
- ขอให้แพทย์ทำการตรวจเพื่อให้ทราบว่า ผู้รับการตรวจมีสุขภาพร่างกายและจิตใจ เหมาะสมที่จะสมัครเป็นสมาชิกการฌาปนกิจสงเคราะห์ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ