

# แบบการตรวจร่างกายของแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....แพทย์ปริญญาระจำ.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1. คีรูปถ่ายขนาด  
1.5x2 นิ้ว ของ  
ผู้รับการตรวจ ซึ่ง  
ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน

2. คีรูปถ่ายก่อนรับ  
การตรวจจากแพทย์

(ลงชื่อ)..... แพทย์ผู้ตรวจ  
( )

ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ)..... ผู้รับการตรวจ  
( )

- หมายเหตุ
1. ผู้รับการตรวจจะต้องตรวจร่างกายที่สถานพยาบาลของทางราชการ โดยมีตราประทับ คาม  
ระเบียบ กผ.คร. หมวด 4 ข้อ 10
  2. ขอให้แพทย์ทำการตรวจเพื่อให้ทราบว่า ผู้รับการตรวจมีสุขภาพร่างกายและจิตใจ เหมาะสมที่  
จะสมัครเป็นสมาชิกการฌาปนกิจสงเคราะห์ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ