

ใบรับรองแพทย์

1. รายละเอียด/ประวัติส่วนตัวของผู้รับการตรวจสุขภาพ

ชื่อ-สกุล (นาย, นาง, นางสาว):

ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ): 1 John Doe

เลขที่คนต่างด้าว A-0001

เลขที่ Passport:

วัน/เดือน/ปี เกิด: 1990-01-01

เมืองที่เกิด: 1990-01-01

ประเทศ: 1990-01-01

สัญชาติ: 1990-01-01

อาชีพ: 1990-01-01

ที่อยู่ปัจจุบัน: 1990-01-01

โทร: 1990-01-01

โทรศัพท์มือถือ: 1990-01-01

2. ข้อมูลนายจ้าง/สถานประกอบการ

ชื่อ-สกุลนายจ้าง/ชื่อสถานประกอบการ: 1990-01-01

ที่อยู่: 1990-01-01

โทร: 1990-01-01

โทรศัพท์มือถือ: 1990-01-01

3. ข้อมูลแพทย์ผู้ตรวจ

โทรศัพท์มือถือ: 1990-01-01

1 รายละเอียด/ประวัติส่วนตัวของผู้รับการตรวจสุขภาพ

ชื่อ-สกุล (นาย, นาง, นางสาว):

ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ): John Doe

Passport: -

Birth Date: 1990-01-01

Height: 180

Weight: 80

Blood Pressure: 120/80

Pulse: 80

Skin Color: ดำ

General Status: ปกติ

Leprosy: ปกติ

TB: ปกติ

Filariasis: ปกติ

Drug: ปกติ

Alcohol: ปกติ

Syphilis: ปกติ

Pregnancy: ไม่ตั้งครรภ์

Check Result: ผ่าน

Result Detail: ปกติ

Check Date: 23-01-2026

Doctor: ชื่อแพทย์

Signature:

สมชาย วงศ์กุล
17