

แบบฟอร์มตรวจสุขภาพสำหรับผู้เข้าฝึกอบรม
การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ - สกุล (ตัวบรรจง) นาย / นาง / นางสาวอายุ.....ปี

โรคประจำตัว

ไม่มี

มี คือ.....

ส่วนที่ 2 แพทย์เป็นผู้กรอก

นายแพทย์

แพทย์หญิง.....

นามสกุล.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ได้ตรวจร่างกายของ นาย / นาง / นางสาว

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าวไม่ปรากฏอาการของโรคต่อไปนี้และแนบเอกสารผลการตรวจทาง
ห้องปฏิบัติการหรือเอกสารที่เกี่ยวข้อง

1. วัณโรคระยะอันตราย
2. Influenza (ได้รับวัคซีนป้องกันแล้ว)
3. Hepatitis B virus (ได้รับวัคซีนป้องกันแล้ว)

ลงนาม.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ