

**ด่วน โอกาสพิเศษ
สำหรับบุคลากรทางการศึกษา
สำนักงาน สกสค.
รับสมัครสมาชิก ช.พ.ค.-ช.พ.ส.**

— เป็นกรณีพิเศษ —



วันจันทร์ที่ 14 ธันวาคม 2552

เวลา 09.00 - 15.00 น.

ห้องประชุมธีระ สุนตะบุตร

ชั้น 2 อาคารสารนิเทศ 50 ปี

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ งานสวัสดิการ กองการเจ้าหน้าที่ โทร. 4806, 4814

หลักฐานประกอบการสมัครสมาชิก ช.พ.ค.

เปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. กรณีพิเศษ พ.ศ. 2552

(ผู้สมัครที่มีอายุเกิน 35 ปี แต่ไม่เกิน 60 ปี นับจนถึงวันที่ 31 ธ.ค. 2552)

เนื่องในโอกาส สำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ครบรอบ 6 ปี

ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2552 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2552

(ในวันทำการ)

1. หนังสือรับรองการทำงาน มีอายุไม่เกิน 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ผู้บังคับบัญชา หรือ หน่วยงานรับรอง จนถึงวันยื่นสมัคร และมีตราประทับหน่วยงานที่สังกัด
2. ใบรับรองแพทย์ (แบบ ชพค.3) มีกำหนดไม่เกิน 15 วัน นับตั้งแต่วันที่ตรวจ จนถึงวันยื่นสมัคร และต้องมีตราประทับสถานที่ตรวจ โดยแพทย์รับรองว่า ขณะตรวจร่างกาย มีร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์ปราศจากโรคที่ระบุไว้ในใบรับรองแพทย์
 - สมัครกรณีปกติ อายุไม่เกิน 35 ปี บริบูรณ์
 - สมัครกรณีพิเศษ อายุเกิน 35 ปีบริบูรณ์ แต่ไม่เกิน 60 ปี (โรงพยาบาลภาครัฐเท่านั้น)ใบรับรองแพทย์ใช้แบบเดียวกับการสมัครที่อายุปกติ แต่ต้องเป็นใบรับรองแพทย์จาก โรงพยาบาลภาครัฐเท่านั้น (ไม่รวมถึงสถานีนามัย ,สถานพยาบาลของรัฐ)
3. สำเนาทะเบียนบ้าน หรือ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
4. สำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือ สำเนาประวัติรับราชการ (กพ.7) หรือ สำเนาคำสั่งบรรจุแต่งตั้ง
5. สำเนาสัญญาจ้าง (กรณีครูอัตราจ้าง ลูกจ้างชั่วคราว เจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์ครู รวมทั้ง ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา สังกัด ร.ร. เอกชน (สช.))
6. กรณีหน่วยงานใดไม่มีหลักฐาน ตาม ข้อ 4 - 5 ให้ใช้บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ โดยหน่วยงานเป็นผู้ออกให้
7. กรณีโรงเรียนเอกชน สำเนาสมุดประจำตัวครู หรือ สำเนาใบแต่งตั้งให้เป็นครู หรือ สำเนาใบอนุญาตให้เป็นครู (สช.11 หรือ สช.18)
8. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
9. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล (ถ้ามี)
10. สำเนาคำร้องขอใช้ค่าน้ำหน้า น.ส. หรือ ใช้สกุลเดิม (กรณีจดทะเบียนสมรส ตามกฎหมายใหม่ โดยเขตเป็นผู้ออกให้)

* เอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับจะต้องรับรองสำเนาถูกต้องทุกหน้าที่มีรายการ *

* เอกสารฉบับจริงที่ต้องนำมาประกอบ *

1. บัตรประจำตัวประชาชนตัวจริง หรือ บัตรประจำตัวข้าราชการ พร้อมทั้ง ทะเบียนบ้าน
2. กรณีครูโรงเรียนเอกชน (สังกัด สช. ให้นำสมุดประจำตัวครูฉบับจริง หรือ ใบแต่งตั้งครู

3. เงินค่าสมัคร และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า

กรณีปกติ อายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์

(เงินค่าสมัคร 50.- และ เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า 1,000.- = 1,050 บาท

กรณีพิเศษ แบ่ง เป็น 2 ประเภท ดังนี้

- (1) อายุเกิน 35 ปี แต่ไม่เกิน 55 ปี บริบูรณ์(นับถึงวันยื่นสมัคร)

(เงินค่าสมัคร 100.- และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า 5,500.-) = 5,600.- บาท

- (2) อายุเกิน 55 ปี บริบูรณ์(นับถึงวันยื่นสมัคร) แต่ไม่เกิน 60 ปี (นับถึง 31 ธ.ค. 52)

(เงินค่าสมัคร 100.- และ เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า 7,500.) = 7,600 บาท

- เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จะคืนให้เมื่อพ้นจากสมาชิกภาพ ช.พ.ค.
- สมาชิกภาพจะสิ้นสุดลงเมื่อถึงแก่กรรม / หรือ ลาออก

หมายเหตุ : ผู้สมัครจะต้องยื่นสมัครด้วยตนเอง และ หลักฐานต้องครบถ้วน ณ วันที่สมัคร



โปรดเขียนตัวบรรจง
และกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

ชพค. 1

- กรณีปกติ
- กรณีพิเศษอายุเกิน 35 -55 ปีบริบูรณ์
- กรณีพิเศษอายุเกิน 55 - 60 ปี

ใบสมัครสมาชิก ช.พ.ค.

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่..... เดือน พ.ศ. คู่สมรสชื่อ

(1) ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่

- สมาชิกคุรุสภา
- คณาจารย์
- ครู
- ผู้บริหารสถานศึกษา
- ผู้บริหารการศึกษา
- บุคลากรทางการศึกษา
- ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา
- ลูกจ้างประจำ
- ลูกจ้างชั่วคราว

(2) สถานที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย

ถนน ตำบล (แขวง) อำเภอ (เขต)

จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....

(3) สถานที่ปฏิบัติงาน (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัด เขต.....)

ชื่อหน่วยงาน / สถานศึกษา

เลขที่..... ถนน..... ตำบล (แขวง)

อำเภอ (เขต) จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษาแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. โดยยินยอมปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ ผู้สมัคร

()

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจ-สงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา และประกาศของคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. หรือเรื่องการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ

()

ตำแหน่ง

คำสั่ง อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ตั้งแต่วันที่

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

ผอ. สนง. สกสค. จังหวัด

ผอ. สนง. สกสค. กรุงเทพมหานคร

ประธานกรรมการ ช.พ.ค.

ลงชื่อ

()

ตำแหน่ง



หนังสือรับรอง

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า.....เป็น.....

ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....สังกัด.....

เงินเดือน.....เริ่มรับราชการ / ปฏิบัติราชการตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

จนถึงปัจจุบัน

ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้นหรือสูงขึ้นไป



ใบรับรองแพทย์

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ // แพทย์หญิง (1).....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....ได้ทำการตรวจร่างกาย
 นาย / นาง / นางสาวเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 ปรากฏว่า.....

นาย / นาง / นางสาวไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพ
 จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไร้ความสามารถหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ และปราศจากโรคเหล่านี้

- (1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (2) วัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (4) โรคติดยาเสพติดให้โทษ
- (5) โรคพิษสุราเรื้อรัง

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ (2)

.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(.....)

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มิร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ปราศจากโรคหรือหายจากโรคที่ระบุไว้ข้างต้น
- (3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 15 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

ผู้สมัครสมาชิก ชพส.คือ คู่สมรสของบุคลากรทางการศึกษา

การสมัครเข้าเป็นสมาชิก ชพส. กรณีพิเศษ พศ.2552

เอกสารของผู้สมัครสมาชิก ชพส.กรณีพิเศษ พศ.2552

- 1 ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก ชพส.ต้องมายื่นเอกสารด้วยตัวเอง
- 2 บัตรประจำตัวประชาชน ฉบับจริง พร้อมสำเนา
- 3 ใบสำคัญการสมรส ฉบับจริง พร้อมสำเนา
- 4 ใบรับรองแพทย์ตามแบบ ชพส.2 (ตรวจที่โรงพยาบาลของรัฐบาลเท่านั้น และประทับตราโรงพยาบาลด้วย)
- 5 สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ - ชื่อสกุล (ถ้ามี)
- 6 สำเนาคำร้องการใช้ค่านำหน้านาม และชื่อสกุลเดิม (กรณีจดทะเบียนสมรสตามกฎหมายใหม่)
- 7 สำเนาคำร้องการขอใช้ชื่อสกุลเดิม (กรณีหย่าแล้วจดทะเบียนสมรสใหม่แล้วใช้ชื่อสกุลเดิม)

เอกสารของคู่สมรสผู้สมัครสมาชิก ชพส. (ปัจจุบันเป็นข้าราชการ พนักงานหรือเจ้าหน้าที่ฯ ในสังกัด)

- 1 สำเนาบัตรข้าราชการ หรือบัตรอื่น ๆ ที่หน่วยงานออกให้
- 2 หนังสือรับรองของบุคลากรทางการศึกษา ภายใน 1 เดือน (ออกให้โดยหน่วยงานต้นสังกัดพร้อมประทับตราสถาบัน)
- 3 สำเนาประวัติการรับราชการ (กพ.7) หรือสำเนาคำสั่งแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งปัจจุบัน หรือสัญญาจ้าง
- 4 สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ - ชื่อสกุล (ถ้ามี)
- 5 สำเนาคำร้องการใช้ค่านำหน้านาม และชื่อสกุลเดิม (กรณีจดทะเบียนสมรสตามกฎหมายใหม่)
- 6 สำเนาคำร้องการขอใช้ชื่อสกุลเดิม (กรณีหย่าแล้วจดทะเบียนสมรสใหม่แล้วใช้ชื่อสกุลเดิม)

เอกสารของคู่สมรสผู้สมัครสมาชิก ชพส. (กรณีสังกัดโรงเรียนเอกชน)

- 1 สำเนาบัตรประจำตัว หรือบัตรอื่น ๆ ที่โรงเรียนออกให้ หรือสำเนาบัตรประชาชน
- 2 หนังสือรับรองของบุคลากรทางการศึกษา ภายใน 1 เดือน (ออกให้โดยหน่วยงานต้นสังกัดพร้อมประทับตราสถาบัน)
- 3 สมุดประจำตัวครู (เล่มสีฟ้า) ฉบับจริงพร้อมสำเนา หรือหนังสือแต่งตั้งครูให้ปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งรับรองโดย
สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (สช.) ในกระทรวงศึกษาธิการ
- 4 สำเนาใบอนุญาตให้เป็นครู (สช.11) หรือใบอนุญาตให้บรรจุครู (สช.18)
- 5 สัญญาจ้าง (กรณีเป็นครูอัตราจ้าง, ครูผู้ช่วย, ครูพี่เลี้ยง ฯ เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรในสถานศึกษา)
- 6 สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ - ชื่อสกุล (ถ้ามี)
- 7 สำเนาคำร้องการใช้ค่านำหน้านาม และชื่อสกุลเดิม (กรณีจดทะเบียนสมรสตามกฎหมายใหม่)
- 8 สำเนาคำร้องการขอใช้ชื่อสกุลเดิม (กรณีหย่าแล้วจดทะเบียนสมรสใหม่แล้วใช้ชื่อสกุลเดิม)

เอกสารของคู่สมรสผู้สมัครสมาชิก ชพส. (ข้าราชการบำนาญ)

- 1 บัตรสมาชิกคุรุสภาหรือใบประกอบวิชาชีพ พร้อมสำเนา
- 2 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- 3 สำเนาประวัติการรับราชการ (กพ.7)
 - ถ้าเป็นครูต้องทำการสอนติดต่อกัน 10 ปี ขึ้นไป
 - ถ้าเป็นตำแหน่งอื่นๆ ต้องเป็นด้านการศึกษา ปฏิบัติหน้าที่ 10 ปีขึ้นไป
- 4 สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ - ชื่อสกุล (ถ้ามี)
- 5 สำเนาคำร้องการใช้ค่านำหน้านาม และชื่อสกุลเดิม (กรณีจดทะเบียนสมรสตามกฎหมายใหม่)
- 6 สำเนาคำร้องการขอใช้ชื่อสกุลเดิม (กรณีหย่าแล้วจดทะเบียนสมรสใหม่แล้วใช้ชื่อสกุลเดิม)

หมายเหตุ : หากเอกสารประกอบการสมัครไม่ถูกต้องครบถ้วน สำนักงาน ชพส.จะไม่รับใบสมัครทุกกรณี

โปรดเขียนตัวบรรจง
และกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง



ชพส. 1

- กรณีปกติ
 กรณีพิเศษ (อายุเกิน)

ใบสมัครสมาชิก ช.พ.ส.

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อมูลของผู้สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส.

(1) ข้าพเจ้า นาย/นาง.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ----

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... จดทะเบียนสมรส ณ อำเภอ/เขต

เลขที่ทะเบียนสมรส.....จังหวัด.....

(2) ที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลของกลุ่มสมรสของผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส.

(1) ชื่อ นาย/นาง.....นามสกุล.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ---- เลขที่บัตรเจ้าหน้าที่ของรัฐ.....

(2) ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> สมาชิกครูสภา | <input type="checkbox"/> คณาจารย์ | <input type="checkbox"/> ครู | <input type="checkbox"/> ผู้บริหารสถานศึกษา |
| <input type="checkbox"/> ผู้บริหารการศึกษา | <input type="checkbox"/> บุคลากรทางการศึกษา | <input type="checkbox"/> ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา | |
| <input type="checkbox"/> ลูกจ้างประจำ | <input type="checkbox"/> ลูกจ้างชั่วคราว | | |

(3) สถานที่ปฏิบัติงาน (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา.....เขต.....อำเภอ.....จังหวัด.....)

ชื่อหน่วยงาน / สถานศึกษา.....สังกัด.....เลขที่.....

ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

(4) ข้าพเจ้า (ผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส.) และคู่สมรสได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการมาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครู และบุคลากรทางการศึกษา ในกรณีคู่สมรสถึงแก่กรรม พ.ศ. 2548 แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. โดยยินยอมปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวทุกประการ

(5) ข้าพเจ้าได้ชำระเงินค่าสมัคร และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้ารวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท
ตัวอักษร (.....)

ลงชื่อ.....ผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ศ.
(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ศ. และได้แนบหลักฐาน
ประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการ
ส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฉาบปกิจสงเคราะห์ช่วยเหลือครู และบุคลากร
ทางการศึกษา ในกรณีคู่สมรสถึงแก่กรรม พ.ศ. 2548

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

คำสั่ง อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ศ. ตั้งแต่วันที่.....
 ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- ผอ. สนง. สกสศ. จังหวัด
- ผอ. สนง. สกสศ. กรุงเทพมหานคร
- ประธานกรรมการ ช.พ.ศ.

ตำแหน่ง

ลงชื่อ.....
(.....)

- ประธานกรรมการ ช.พ.ศ.
- ผู้อำนวยการ สกสศ. กทม. / จังหวัด.....

หมายเหตุ ข้าพเจ้าได้ทราบระเบียบและข้อบังคับของ ช.พ.ศ. แล้ว และจะปฏิบัติอย่างเคร่งครัด หากข้าพเจ้าละเลยหรือ
ไม่ปฏิบัติตาม ข้าพเจ้าจะไม่ขอเรียกร้องสิทธิใด ๆ จาก ช.พ.ศ.



หนังสือรับรอง

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า.....เป็น.....

ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....สังกัด.....

เงินเดือน.....เริ่มรับราชการ / ปฏิบัติราชการตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

จนถึงปัจจุบัน

ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้นหรือสูงขึ้นไป และประทับตราสถาบัน



ใบรับรองแพทย์

โรงพยาบาล.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง (1).....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....ได้ทำการตรวจร่างกาย

นาย / นางเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ปรากฏว่า.....

นาย / นางไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพ

จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไร้ความสามารถหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ และปราศจากโรคเหล่านี้

- (1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (2) วัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (4) โรคติดยาเสพติดให้โทษ
- (5) โรคพิษสุราเรื้อรัง

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ (2)

.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

(.....)

- หมายเหตุ
- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มึร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ปราศจากโรคหรือหายจากโรคที่ระบุไว้ข้างต้น
 - (3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 15 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย