



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก
 เลขที่ 001.1/ 8 ก.พ. 2561
 วันที่ น.
 เวลา..... น.

ที่ ตก ๐๐๑๒/ ๘๘

สำนักงานขนส่งจังหวัดตาก
 ถนนจรดวิถีถ่อง ตก ๖๓๐๐๐

๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตาก

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงานขนส่งจังหวัดตาก ได้รับแจ้งจากกรมการขนส่งทางบก สำนักสวัสดิภาพการขนส่งทางบก ว่าตามที่กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการขอและการออกใบอนุญาตขับรถและการขอต่ออายุ และการอนุญาตให้ต่ออายุใบอนุญาตขับรถ พ.ศ.๒๕๕๘ และกฎกระทรวงการขอและการออกใบอนุญาตปฏิบัติหน้าที่ เป็นผู้ประจํารถ พ.ศ.๒๕๕๕ กำหนดให้การขอรับใบอนุญาตขับรถและขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประจํารถต้องใช้ใบรับรอง แพทย์แสดงว่าไม่มีโรคประจำตัวอันอาจเป็นอันตรายขณะขับรถและไม่เป็นบุคคลวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือง หรือไม่มี โรคติดต่อที่น่ารังเกียจตามที่กำหนดในกฎกระทรวง ไม่เป็นผู้ติดสุรายาเมาหรือยาเสพติดหรือยาเสพติดให้โทษ หรือไม่ เป็นผู้มีร่างกายพิการจนเป็นที่เห็นได้ว่าไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ด้วยความสะดวก เป็นหลักฐานประกอบการขอ ดำเนินการ ซึ่งปัจจุบันแพทยสภาได้กำหนดแบบมาตรฐานของใบรับรองแพทย์สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ออก ให้กับผู้รับบริการตรวจสุขภาพร่างกายแล้วและจะเริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป

สำนักงานขนส่งจังหวัดตาก จึงขอความอนุเคราะห์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก โปรดพิจารณา ช่วยแจ้งประชาสัมพันธ์ให้หน่วยงานในสังกัดรวมสถานพยาบาลในพื้นที่ความรับผิดชอบออกใบรับรองแพทย์ตามแบบ มาตรฐานที่ทางแพทยสภาได้กำหนดไว้ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดีดังเช่นเคย จึง ขอขอบคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

๒ มีนาคม ๒๕๖๑ รศ.น.ส.ก.จ. ตก.ก.

นายแพทย์วิวัฒน์ ดอกคำ
 นายแพทย์วิวัฒน์ ดอกคำ
 เจ้าพนักงานขนส่งจังหวัดตาก ปฏิบัติราชการแทน
 ขนส่งจังหวัดตาก

๘/๒/๖๑

(นายวิวัฒน์ ดอกคำ)

เจ้าพนักงานขนส่งจังหวัดตาก ปฏิบัติราชการแทน
 ขนส่งจังหวัดตาก

- อนุเคราะห์ -
 - แจ้ง รพ ทุกแห่ง -

(นายบองพล วรปาด)

นายแพทย์เชียวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
 ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตาก

ฝ่ายใบอนุญาตขับรถ (นายคมกวี ตันภูมิประเทศ)
 โทร ๐ ๕๕๕๑ ๒๔๖๒
 เกล็ดศรีชำนาญการพิเศษ

วิสัยทัศน์กรมการขนส่งทางบก พ.ศ.๒๕๕๙-๒๕๖๔

“เป็นองค์กรแห่งนวัตกรรมในการควบคุม กำกับ ดูแล ระบบการขนส่งทางถนนให้มีคุณภาพและปลอดภัย”

ใบรับรองแพทย์

เล่มที่.....

เลขที่.....

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้).....

หมายเลขบัตรประชาชน..... ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

1. โรคประจำตัว ไม่มี มี(ระบุ).....

2. อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด ไม่มี มี(ระบุ).....

3. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มี มี(ระบุ).....

4. ประวัติอื่นที่สำคัญ.....

ลงชื่อ..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ในกรณีที่ไม่สามารถรับรองตนเองได้ให้ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง..... (๑)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....

แล้วเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว..... กก.- ความสูง..... เซนติเมตร-ความดันโลหิต..... มม.ปรอท -ชีพจร..... ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ ปกติ ผิดปกติ(ระบุ).....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏ อาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและอาการ แสดงของโรคต่อไปนี้

(๑) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(๒) วัณโรคในระยะอันตราย

(๓) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(๔) (ถ้าจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจให้ระบุข้อนี้)

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์..... (๒)

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (๑) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๒) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

แบบฟอร์มนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 8/2551 วันที่ 14 สิงหาคม 2551