


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number **3 7105 00569 65 5**

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. อังคณา อัครวงदानนท์
 Name **Miss Aungkana**
 Last name **Assawawongsean**

เกิดวันที่ 19 ก.พ. 2519
 Date of Birth **19 Feb. 1976**

ที่อยู่ 109/18 หมู่ที่ 4 ต.ทับมา อ.เมืองระยอง จ.ระยอง
 17 ก.พ. 2566 18 ก.พ. 2574
 วันออกบัตร วันบัตรหมดอายุ
 19 Feb. 2023 18 Feb. 2024
 Date of Issue Date of Expiry

2101-05-02171438



ห้องจดหมายที่ 4 อาคาร 15

*รับรองสำเนาถูกต้อง
อังคณา อัครวงदानนท์*

ใบรับรองแพทย์
(ใบรับรองการตรวจสุขภาพ)

ส่วนที่ ๑ ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว อังกษา อัครวงศานนท์
 สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) 109/18 ซ.4 ต.ท่าพระคู่ อ.เมือง จ.ระยอง 21000
 หมายเลขบัตรประชาชน ๕71๐๕ ๐๐๕๗๙ ๖๒๑ ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

๑. โรคประจำตัว ไม่มี มี(ระบุ).....
 ๒. อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด ไม่มี มี(ระบุ).....
 ๓. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มี มี(ระบุ).....
 ๔. ประวัติอื่นที่สำคัญ.....

ลงชื่อ อังกษา อัครวงศานนท์

(ในกรณีเด็กที่ไม่สามารถรับรองตนเองได้ให้ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้)

วันที่ ๕ มิ.ค. 2568 พ.ศ.

ส่วนที่ ๒ ของแพทย์

สถานที่ตรวจ **มิตรโมตรคลินิกเวชกรรม (ตลาดสด)** วันที่..... เดือน ๕ มิ.ค. 2568 พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง พญ.ฉวีวรรณ แก่นลา (๑)
34950

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม 112, 114 ซ.ศูนย์การค้าสาย 4 ถ.สุขุมวิท ต.ท่าพระคู่ อ.เมือง จ.ระยอง 21000

ได้ตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว อังกษา อัครวงศานนท์

แล้วเมื่อวันที่..... เดือน ๕ มิ.ค. 2568 พ.ศ..... มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว ๕๕ กก. ความสูง 160 เซนติเมตร ความดันโลหิต 111/99 มม.ปรอท ชีพจร ๗๕ ครั้ง/นาที

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

ขอรับรองว่าคุณคนดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ **ไม่มีประวัติการ**
 ของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของโรคติดต่อให้โทษ **ไม่มี** และอาการของ
 โรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

- (๑) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
 (๒) วัณโรคในระยะอันตราย
 (๓) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
 (๔) อหิวาตกโรค ไข้ไทฟอยด์ : HAV IgM negative ผลลบ

(ถ้าจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจให้ระบุในข้อนี้)

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ สุขภาพทั่วไปปกติ (๒)

ไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำงานทั่วไป

ลงชื่อ..... พญ.ฉวีวรรณ แก่นลา แพทย์ผู้ตรวจ
34950



บริษัทบิอาร์เอ็กซ์จีจำกัด (บิอาร์เอ็กซ์จี สหคลินิกสาขาระยอง)

ใบอนุญาตเลขที่ 21110000362

เล่มที่

เลขที่

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า.....นางสาว อังคณา อิศวงศานนท์.....

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้)109/18 หมู่ที่ 4...ต.ทับมา.อ.เมืองระยอง.จ.ระยอง 21000.....

เลขประจำตัวประชาชน.....3710500569655.....

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพ โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

- | | | | |
|----------------------------------|---|-----------------------------|--------------|
| 1. โรคประจำตัว | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | (ระบุ) |
| 2. อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | (ระบุ) |
| 3. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | (ระบุ) |
| 4. โรคลมชัก* | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | (ระบุ) |
| 5. ประวัติอื่นที่สำคัญ | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | (ระบุ) |

* ในกรณีที่มีโรคลมชัก ให้แนบประวัติการรักษาจากแพทย์ผู้รักษาว่าท่านปลอดภัยจากอาการชักมากกว่า 1 ปี เพื่ออนุญาตให้ขับรถได้

ลงชื่อ อังคณา อิศวงศานนท์ วันที่ 15/1/67

ในกรณีเด็กที่ไม่สามารถรับรองตนเองได้ ให้ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ.....บริษัทบิอาร์เอ็กซ์จีจำกัด (บิอาร์เอ็กซ์จี สหคลินิกสาขาระยอง)..... วันที่.....15/01/2024.....

(1) ข้าพเจ้า.....ธัญลักษณ์ นิลไพฑูรย์ พญ......

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....ว.24689.....สถานพยาบาลชื่อ.....บริษัทบิอาร์เอ็กซ์จีจำกัด (บิอาร์เอ็กซ์จี สหคลินิกสาขาระยอง).....

ที่อยู่.....155/196 ม.2 ต.ทับมา อำเภอเมืองระยอง จังหวัดระยอง 21000.....

ได้ตรวจร่างกาย.....นางสาว อังคณา อิศวงศานนท์..... เมื่อวันที่.....15/01/2024..... รายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว.....53.42..... กก. ความสูง.....156..... เซนติเมตร ความดันโลหิต.....124 / 72..... มม.ปรอท
ชีพจร.....90..... ครั้ง/นาที อุณหภูมิ.....37.5..... องศาเซลเซียส

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ ปกติ ผิดปกติ (ระบุ)

ขอรับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพนี้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

- (1) โรคเรื้อรังในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (2) วันโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคทำข้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (4) อื่น ๆ (ถ้ามี)



(2) สุขภาพเห็นและขอแนะนำของแพทย์

สภทหรือศกขงไป ไม่เป็นอุปถัมภ์การนทไป

ตรวจไม่พบโรคติดต่อ (ผล Lab จากคลินิกรวมและระยอง วันที่ 15/1/2567)

ลงชื่อ.....อนุช.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(.....ธัญลักษณ์ นิลไพฑูรย์ พญ......)

หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ ให้ใช้ได้ 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย



ภาพประกอบการพิจารณา ขอรับหนังสือรับรองการแจ้งจัดตั้งสถานที่จำหน่ายอาหารหรือสถานที่สะสมอาหาร
ชื่อสถานประกอบการ Coffee Love

