



ใบรับรองแพทย์การตรวจรักษา

งานบริการผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลเวชชารักษ์ ลำปาง

ชื่อ - สกุลผู้ป่วย.....

ซึ่งป่วยเป็นโรค.....

ได้รับการตรวจรักษา จากโรงพยาบาลเวชชารักษ์ ลำปาง

ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขอรับรองว่า

☐ มาตรฐานรักษาจริง

☐ มีความจำเป็นต้องฝังเข็มเพื่อการรักษา

☐ มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีการ

.....

แพทย์ผู้ตรวจรักษา.....

(.....)

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ.....