

คำร้องขอรับ/ขอต่อใบสำคัญแพทย์  
Application Form for  
An Aviation Medical Certificate

ติดรูปถ่าย 1"  
1" photo here  
เฉพาะการตรวจครั้งแรก  
(For 1<sup>st</sup> application only)

(1) Application ยื่นขอแบบ Initial ครั้งแรก <input type="checkbox"/> Renewal ต่ออายุ <input type="checkbox"/>		(2) Surname: นามสกุล	(3) Previous surname(s): นามสกุลเดิม	(4) National identification number (if applicable): เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน
(5) Forename(s): ชื่อ		(6) Date of birth: วัน-เดือน-ปีเกิด		(7) Sex เพศ Male ชาย <input type="checkbox"/> Female หญิง <input type="checkbox"/>
(8) Country of licence issue: รัฐผู้ออกใบอนุญาตผู้ประจำหน้าที่	(9) Class of Medical Assessment applied for: ยื่นคำขอใบสำคัญแพทย์ชั้น 1 <sup>st</sup> <input type="checkbox"/> 2 <sup>nd</sup> <input type="checkbox"/> 3 <sup>rd</sup> <input type="checkbox"/> 4 <sup>th</sup> <input type="checkbox"/>		(10) Type of licence applied for (if initial application): ประเภทของใบอนุญาตผู้ประจำหน้าที่ที่ยื่นคำร้องขอ (สำหรับการยื่นครั้งแรก)	
(11) Place and country of birth: สถานที่(เมือง)และประเทศที่เกิด		(12) Nationality: สัญชาติ		(13) Occupation (principal): อาชีพ
(14) Permanent address ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  Postcode Country Telephone No. Mobile/Cell No. E-mail		(15) Postal address (if different) ที่อยู่ติดต่อได้  Postcode Country Telephone No.		(16) Employer (principal): สถานที่ทำงาน  (17) Last medical examination การตรวจสุขภาพครั้งล่าสุด Date: Place: <input type="checkbox"/> สมบูรณ์ (Fit) <input type="checkbox"/> ไม่สมบูรณ์ (Unfit) Result of examination:  (18) Aviation licence(s) held (type): ประเภทใบอนุญาตผู้ประจำหน้าที่ถืออยู่  Licence number(s): เลขที่ใบอนุญาต Country(ies) of issue: รัฐผู้ออกใบอนุญาต
(19) Family physician's name and address ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ประจำตัว  E-mail: Telephone No.:			(20) Any limitations on Licence/Medical Assessment? มีข้อจำกัดทางการแพทย์หรือการถือใบอนุญาตผู้ประจำหน้าที่หรือไม่? No (ไม่มี) <input type="checkbox"/> Yes (มี) <input type="checkbox"/> Details (รายละเอียด)	
(21) Have you ever had an aviation Medical Assessment denied, suspended or revoked by any licensing authority? If yes, discuss with medical examiner. ท่านเคยถูกปฏิเสธการออก, พักใช้ หรือเพิกถอนใบสำคัญแพทย์ โดยหน่วยงานกำกับดูแลด้านการบินพลเรือนแห่งใดหรือไม่? ถ้าเคย โปรดแจ้งรายละเอียดให้นายแพทย์ผู้ตรวจทราบ No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Date: Place: Details:			(22) Total flight time (hours): จำนวนชั่วโมงบินรวม (ชม.)	(23) Flight time (hours) since last medical: จำนวนชั่วโมงบิน (ชม.) นับตั้งแต่ตรวจสุขภาพครั้งล่าสุด
			(24) Aircraft currently flown (e.g. Boeing 737, Cessna C150): ประเภทของอากาศยานที่ประจำหน้าที่นักบินอยู่ในปัจจุบัน	
(25) Any aircraft accident or reported incident since last medical? นับตั้งแต่ตรวจสุขภาพครั้งล่าสุด เคยประสบอุบัติเหตุหรืออุบัติการณ์ทางการบินบ้างหรือไม่? No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Date: Place: Details:			(26) Type of flying intended (1) e.g. commercial air transport, flying instruction, private: ระบุประเภทของการปฏิบัติการบิน (1)  (27) Type of flying intended (2): ระบุประเภทของการปฏิบัติการบิน (2) Single-crew <input type="checkbox"/> Multi-crew <input type="checkbox"/>	

<p>(28) Do you drink alcoholic beverages? No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่? If YES, state average weekly intake in units: หากดื่ม ให้ระบุปริมาณการดื่มต่อสัปดาห์โดยเฉลี่ย</p>	<p>(30) Do you currently use any medication, including non-prescribed medication? ปัจจุบันท่านจำเป็นต้องได้รับยาอะไรเป็นประจำหรือไม่? (รวมทั้งยาที่ไม่จำเป็นต้องใช้ใบสั่งยาจากแพทย์) Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If YES, state name of medication, date commenced, daily or weekly dose, and cause (diagnosis): ถ้าใช่ ให้ระบุชื่อยา, วันที่เริ่มใช้, ปริมาณที่ใช้ต่อวัน/หรือต่อสัปดาห์ และเหตุผล (การวินิจฉัยโรค)</p>
<p>(29) Do you smoke tobacco products? สูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบใดหรือไม่? Never (ไม่เคยสูบ) <input type="checkbox"/> Previously (เลิกสูบแล้ว) <input type="checkbox"/> Date stopped: ระบุวันที่เลิกสูบ Currently (ยังสูบบุหรี่อยู่) <input type="checkbox"/> State type, amount and number of years: ระบุชนิด, ปริมาณที่สูบ และจำนวนปีที่สูบ</p>	

(31) General and medical history: Do you have, or have you ever had, any of the following? YES or NO must be ticked after each question. Elaborate YES answers in the remarks section and discuss them with the medical examiner. ประวัติทางการแพทย์: ท่านมีหรือเคยมีประวัติทางการแพทย์ข้อใดต่อไปนี้หรือไม่? ตอบคำถามให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริง หากข้อใดตอบ “ใช่” (YES) ให้ระบุรายละเอียดในช่องหมายเหตุและแจ้งให้นายแพทย์ผู้ตรวจทราบ

Yes No		Yes No		Yes No		Yes No	
101 Eye disorders/eye surgery ความผิดปกติทางตา/ผ่าตัดตา		112 Nose or throat disease or speech disorder โรคทางจมูกหรือลำคอ หรือความผิดปกติทางการพูด		123 Malaria or other tropical Disease มาลาเรีย หรือโรคเขตร้อนใด ๆ		Family history of: ประวัติทางการแพทย์ของบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว	
102 Spectacles and/or contact lenses ever worn ใส่/เคยใส่แว่นตาและ/หรือคอนแทคเลนส์		113 Head injury or concussion ได้รับบาดเจ็บหรือกระทบกระเทือนอย่างรุนแรงที่ศีรษะ		124 A positive HIV test ผลตรวจเอชไอวีเป็นบวก		140 Heart disease โรคหัวใจ	
103 Spectacle/contact lens prescriptions/change since last medical exam แพทย์วินิจฉัยให้เปลี่ยนแว่นตา และ/หรือคอนแทคเลนส์ นับจากการตรวจสุขภาพครั้งล่าสุด		114 Frequent or severe headaches มีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงหรือปวดศีรษะบ่อยครั้ง		125 Sexually transmitted Disease โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		141 High blood pressure ความดันโลหิตสูง	
104 Hay fever, other allergy ไข้ละอองฟาง, โรคภูมิแพ้ชนิดอื่น		115 Dizziness or fainting spells อาการเวียนหรือเป็นลม		126 Admission to hospital เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล		142 High cholesterol level ระดับคอเลสเตอรอลสูง	
105 Asthma, lung disease หอบหืด, โรคปอด		116 Unconsciousness for any reason หมดสติด้วยเหตุใดก็ตาม		127 Any other illness or injury อาการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บอื่นใด		143 Epilepsy โรคลมชัก	
106 Heart or vascular disease โรคหัวใจหรือหลอดเลือด		117 Neurological disorders; stroke, epilepsy, seizure, paralysis, etc. ความผิดปกติทางระบบประสาทและสมอง เช่น เส้นเลือดในสมอง, โรคลมชัก, อาการชัก, อัมพาต เป็นต้น		128 Visit to medical practitioner since last medical examination ไปพบแพทย์ด้วยเหตุทางสุขภาพ นับจากการตรวจสุขภาพครั้งล่าสุด		144 Mental illness อาการเจ็บป่วยทางจิต	
107 High or low blood pressure ความดันโลหิตต่ำหรือสูง		118 Psychological/ psychiatric trouble of any sort ปัญหาสุขภาพจิต		129 Refusal of life insurance ถูกปฏิเสธการทำประกันชีวิต		145 Diabetes โรคเบาหวาน	
108 Kidney stone or blood in urine นิ่วหรือเลือดออกในปัสสาวะ		119 Alcohol/drug/substance abuse ใช้สารต้องห้าม, ยาเสพติด, แอลกอฮอล์		130 Refusal of issue or revocation of aviation licence ถูกปฏิเสธการออกหรือเพิกถอนใบอนุญาตผู้ประจำหน้าที่		146 Tuberculosis วัณโรค	
109 Diabetes, hormone disorder โรคเบาหวาน, ความผิดปกติเกี่ยวกับฮอร์โมน		120 Attempted suicide พยายามฆ่าตัวตาย		131 Medical rejection from or for military service ถูกปฏิเสธจากหรือปฏิเสธการเข้าร่วมงานกับกองทัพ ด้วยเหตุผลทางการแพทย์		147 Allergy/asthma/eczema ภูมิแพ้/หอบหืด/ผิวหนังอักเสบผื่นแพ้	
110 Stomach, liver or intestinal trouble ความผิดปกติเกี่ยวกับกระเพาะอาหาร, ตับ หรือลำไส้		121 Motion sickness requiring medication อาการเมาเรือ, เมารถ, เมารถขึ้นเครื่องบิน ที่ต้องใช้ยารักษา		132 Award of pension or compensation for injury or illness ผ่านการพิจารณาให้ได้รับค่าชดเชยการบาดเจ็บหรืออาการป่วย		148 Inherited disorders โรคทางพันธุกรรม	
111 Deafness, ear disease หูหนวก, โรคเกี่ยวกับหู		122 Anaemia/Sickle cell trait/ other blood disorders โลหิตจาง, พาหะโรค Sickle cell, ความผิดปกติอื่น ๆ ทางระบบเลือด				149 Glaucoma ต้อหิน	
						Females only: เฉพาะผู้หญิง	
						150 Gynaecological disorders (including menstrual) ความผิดปกติทางสูติรีเวชวิทยา (รวมถึงประจำเดือนไม่ปกติ) (รวมถึงประจำเดือนไม่ปกติ)	
						151 Are you pregnant? ตั้งครรภ์อยู่หรือไม่?	

(152) **Remarks:** If previously reported and unchanged, so state.

หมายเหตุ: ถ้าเคยรายงานมาก่อนแล้วและไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม ให้ระบุไว้ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากประวัติเดิม

(32) **Declaration:** I hereby declare that I have carefully considered the statements I have made above and that to the best of my belief they are complete and correct. I further declare that I have not withheld any relevant information or made any misleading statements. I understand that if I have made any false or misleading statement in connection with this application, or if I do not consent to release the supporting medical information, the Authority may refuse to grant me a Medical Assessment or may withdraw any Medical Assessment granted, without prejudice to any other legal action applicable pursuant to AIR NAVIGATION ACT B.E. 2497 including the Amendments and other relevant laws.

**คำยืนยัน:** ข้าพเจ้าได้อ่านและพิจารณาข้อความข้างต้นทั้งหมดโดยละเอียดแล้ว และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวมีความถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ ข้าพเจ้าขอยืนยันว่ามิได้จงใจปกปิดข้อมูลสำคัญหรือทำให้เกิดความเข้าใจผิดพลาดคลาดเคลื่อน ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากข้าพเจ้าให้ข้อมูลอันเป็นเท็จหรือทำให้เกิดความเข้าใจผิดพลาดคลาดเคลื่อนอันมีความเกี่ยวข้องกับการขอรับ/ขอต่อใบสำคัญแพทย์นี้ หรือหากข้าพเจ้าปฏิเสธความร่วมมือหรือไม่ให้ความยินยอมในการให้ข้อมูลทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง อาจส่งผลให้มีการปฏิเสธการออกหรือสั่งเพิกถอนใบสำคัญแพทย์ และดำเนินการใด ๆ ทางกฎหมายตามพระราชบัญญัติการเดินอากาศ พ.ศ. 2497 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องได้

**CONSENT TO RELEASE OF MEDICAL INFORMATION:** I hereby give my consent that all relevant medical information may be released and submitted to the Medical Assessor of the Licensing Authority. Note: Medical confidentiality will be respected at all times.

**คำยินยอมเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์:** ข้าพเจ้ายินยอมให้มีการเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ที่จำเป็นให้เป็นการเฉพาะแก่นายแพทย์ผู้ตรวจสอบ (Medical Assessor) ของสำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย **หมายเหตุ:** ข้อมูลทางการแพทย์จะถูกเก็บรักษาอย่างปลอดภัยและจำกัดการเข้าถึงอย่างเคร่งครัด

Date วันที่	Signature of applicant ลายมือชื่อผู้ยื่นคำร้องขอรับใบสำคัญแพทย์	Signature of medical examiner (Witness) ลายมือชื่อนายแพทย์ผู้ตรวจ (พยาน)
----------------	--	---

คำชี้แจงการกรอกแบบฟอร์มคำร้องขอรับ/ขอต่อใบสำคัญแพทย์

แบบฟอร์มคำร้องขอรับ/ขอต่อใบสำคัญแพทย์นี้รวมทั้งรายงานผลการตรวจทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องได้ถูกกำหนดไว้เป็นมาตรฐานในภาคผนวก 1 (Annex 1) แห่งอนุสัญญาชีกาโก โดยองค์การการบินพลเรือนระหว่างประเทศ (ICAO) ให้ต้องจัดทำขึ้น และส่งรายงานไปยังนายแพทย์ผู้ตรวจสอบซึ่งปฏิบัติงานให้สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานการรักษาความลับของข้อมูลทางการแพทย์อย่างเข้มงวดอยู่เสมอ

ผู้ประสงค์ยื่นคำร้องขอรับ/ขอต่อใบสำคัญแพทย์ต้องกรอกข้อมูลด้วยตนเองอย่างครบถ้วนทุกข้อใบแบบฟอร์มคำร้องนี้ หากเป็นภาษาอังกฤษให้ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ การกรอกข้อมูลให้ใช้ปากกาลูกลื่นสีดำ เขียนด้วยลายมือและนำหน้าการเขียนที่แน่ใจได้ว่าสามารถอ่านออกได้อย่างชัดเจนทั้งแผ่นเอกสารต้นฉบับรวมถึงแผ่นเอกสารฉบับสำเนา หากมีรายละเอียดที่ต้องการเพิ่มเติมเพื่อตอบคำถามข้อใด ให้กรอกข้อมูลเพิ่มเติมลงในแผ่นกระดาษเปล่าพร้อมทั้งระบุวันที่และลงชื่อกำกับ คำชี้แจงด้านล่างนี้มีหมายเลขกำกับแต่ละหัวข้อซึ่งตรงกับหมายเลขของข้อคำถามในแบบฟอร์มคำร้องขอรับใบสำคัญแพทย์

**คำเตือน** – การไม่กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์หรือการไม่กรอกข้อมูลให้สามารถอ่านออกได้อย่างชัดเจนอาจส่งผลให้แบบฟอร์มคำร้องขอรับใบสำคัญแพทย์ได้รับการปฏิเสธ การแจ้งข้อมูลอันเป็นเท็จหรือข้อความอันอาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดพลาดคลาดเคลื่อน หรือการจงใจปกปิดข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้อง อาจมีความผิดทางอาญา หรือถูกปฏิเสธการออกใบสำคัญแพทย์ที่ยื่นขอในครั้งนี้ หรือเพิกถอนใบสำคัญแพทย์ที่เคยได้รับมาแล้ว

1. APPLICATION: ยื่นขอแบบ Initial (ครั้งแรก) หรือ Renewal (ต่ออายุ) เลือกทำเครื่องหมายในช่อง Initial <input type="checkbox"/> หากเป็นการยื่นคำขอครั้งแรก ถึงแม้จะถือใบอนุญาตผู้ประจำหน้าที่แบบเดียวกัน ที่ออกโดย Licensing Authority แห่งอื่นก็ตาม	12. NATIONALITY: สัญชาติ
2. SURNAME: นามสกุล	13. OCCUPATION (principal): อาชีพ หากมีหลายอาชีพให้ระบุอาชีพหลัก
3. PREVIOUS SURNAME(S): นามสกุลเดิม หากเคยเปลี่ยนนามสกุลให้กรอกนามสกุลเดิมด้วย	14. PERMANENT ADDRESS: ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน กรอกที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน, เบอร์โทรศัพท์ และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์
4. NATIONAL IDENTIFICATION NUMBER (if applicable): กรอกเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน (หรือเลขที่บัตรประกันสังคมที่รัฐออกให้)	15. POSTAL ADDRESS (if different from Permanent Address): ที่อยู่ที่ติดต่อได้ กรอกที่อยู่ติดต่อได้ในปัจจุบัน (หากไม่เหมือนกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน)
5. FORENAMES: ชื่อ กรอกชื่อต้นและชื่อกลาง (ถ้ามี)	16. EMPLOYER (principal): สถานที่ทำงาน หากมีสถานที่ทำงานหลายที่ให้ระบุสถานที่ทำงานหลัก
6. DATE OF BIRTH: วัน-เดือน-ปีเกิด กรอกตัวเลขตามลำดับ: วันที่ (DD), เดือน (MM), ปี (YYYY) เช่น 22-08-1960	17. LAST MEDICAL EXAMINATION: ประวัติการตรวจสุขภาพด้านเวชศาสตร์การบิน ระบุ วันที่ (DD-MM-YYYY), สถานที่ (เมือง/ประเทศ) และรายละเอียดเงื่อนไขหรือข้อจำกัด จากที่ได้รับการตรวจสุขภาพด้านเวชศาสตร์การบินครั้งล่าสุด สำหรับผู้ที่ขอรับการตรวจเป็นครั้งแรกและไม่มีการตรวจให้ระบุว่าเป็น "ไม่มี"
7. SEX: เพศ เลือกทำเครื่องหมายในช่อง Male (ชาย) <input type="checkbox"/> หรือ Female (หญิง) <input type="checkbox"/>	18. AVIATION LICENCE(S) HELD (TYPE). LICENCE NUMBER(S), COUNTRY(IES) OF ISSUE: ระบุข้อมูลใบอนุญาตผู้ประจำหน้าที่ถืออยู่ ทั้งประเภทใบอนุญาต, เลขที่ใบอนุญาต และ รัฐผู้ออกใบอนุญาตผู้ประจำหน้าที่
8. COUNTRY OF LICENCE ISSUE: ระบุรัฐผู้ออกใบอนุญาตผู้ประจำหน้าที่ฉบับแรก (กรณีที่ไม่ใช่การร้องขอครั้งแรก)	19. FAMILY PHYSICIAN'S NAME AND ADDRESS (if applicable) ระบุชื่อและที่อยู่ติดต่อได้ของแพทย์ประจำตัว (ถ้ามี)
9. CLASS OF MEDICAL CERTIFICATE APPLIED FOR: เลือกทำเครื่องหมายในช่อง <input type="checkbox"/> ที่ตรงกับชั้นของใบสำคัญแพทย์ที่ยื่นคำขอ	20. ANY LIMITATIONS ON THE LICENCE/MEDICAL ASSESSMENT: ให้ระบุว่ามีข้อจำกัดทางการแพทย์หรือการถือใบอนุญาตผู้ประจำหน้าที่หรือไม่ ถ้ามีให้ระบุรายละเอียดของข้อจำกัด (limitations) นั้น ๆ ด้วย เช่น correcting lenses, valid day-time only, multi-pilot operations only เป็นต้น
10. TYPE OF LICENCE APPLIED FOR (if initial application): สำหรับการยื่นคำร้องขอครั้งแรกกับสำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย ให้ระบุประเภทของใบอนุญาตผู้ประจำหน้าที่ยื่นคำร้องขอครั้งนี้ด้วย	21. HAVE YOU EVER HAD AN AVIATION MEDICAL ASSESSMENT DENIED, SUSPENDED OR REVOKED BY ANY LICENSING AUTHORITY? IF YES, DISCUSS WITH THE MEDICAL EXAMINER: ท่านเคยถูกปฏิเสธการออก, พักใช้ หรือเพิกถอนใบสำคัญแพทย์ (แม้เพียงชั่วคราว) โดยหน่วยงานกำกับดูแลด้านการบินพลเรือนแห่งใดหรือไม่? ถ้าเคย ให้เลือกทำเครื่องหมายในช่อง Yes <input type="checkbox"/> ระบุรายละเอียดต่าง ๆ รวมทั้งวันที่, สถานที่ตรวจ และแจ้งให้นายแพทย์ผู้ตรวจทราบด้วย
11. PLACE AND COUNTRY OF BIRTH: ระบุสถานที่(เมือง)และประเทศที่เกิด	22. TOTAL FLIGHT TIME (HOURS): จำนวนชั่วโมงบินรวม (ชม.) สำหรับนักบินให้ระบุจำนวนชั่วโมงบินรวม (ชม.) ส่วนผู้ถือใบอนุญาตผู้ประจำหน้าที่อื่นซึ่งไม่ใช่นักบินให้ระบุว่าเป็น N/A

<p>23. FLIGHT TIME (HOURS) SINCE LAST MEDICAL EXAMINATION: ระบุจำนวนชั่วโมงบิน (ชม.) นับตั้งแต่ตรวจสุขภาพครั้งล่าสุด</p>	<p>28. IF YOU DRINK ALCOHOLIC BEVERAGES STATE AVERAGE WEEKLY INTAKE IN UNITS: หากดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้ระบุปริมาณการดื่มต่อสัปดาห์โดยเฉลี่ย เช่น 12 หน่วย (เบียร์และไวน์) หมายถึง 1 หน่วย เทียบเท่ากับ แอลกอฮอล์ 12 กรัม ซึ่งเป็นปริมาณเทียบเท่าแอลกอฮอล์ในเบียร์ 1 กระป๋อง หรือ 1 ขวด ที่เป็นขนาดมาตรฐานทั่วไป (0.34ลิตร)</p>
<p>24. AIRCRAFT CURRENTLY FLOWN: ระบุประเภทของอากาศยานที่ประจำหน้าที่นักบินอยู่ในปัจจุบัน เช่น Boeing 737, Airbus A 330, Cessna 150.</p>	<p>29. DO YOU SMOKE TOBACCO PRODUCTS? สูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบใดหรือไม่? เลือกคำตอบที่ตรงกับความจริง สำหรับผู้ที่ยังสูบบุหรี่ในปัจจุบันให้ระบุชนิดและปริมาณการสูบบุหรี่ เช่น สูบบุหรี่ 20 มวนต่อวัน, สูบไปป์ 30 กรัมต่อสัปดาห์ เป็นต้น</p>
<p>25. ANY AIRCRAFT ACCIDENT OR REPORTED INCIDENT SINCE LAST MEDICAL EXAMINATION? นับตั้งแต่ตรวจสุขภาพครั้งล่าสุด เคยประสบอุบัติเหตุหรืออุบัติการณ์ทางการบินบ้างหรือไม่? ถ้าเคย ให้เลือกทำเครื่องหมายในช่อง Yes <input type="checkbox"/> และระบุรายละเอียดต่าง ๆ</p>	<p>30. DO YOU CURRENTLY USE ANY MEDICATION INCLUDING NON-PRESCRIBED MEDICATION? ปัจจุบันท่านจำเป็นต้องได้รับยาอะไรเป็นประจำหรือไม่? ทั้งการใช้ยาที่จำเป็นต้องได้รับตามการวินิจฉัยและใบสั่งยาจากแพทย์ รวมถึงยาที่ไม่จำเป็นต้องใช้ใบสั่งยาจากแพทย์ด้วย เช่น ยาสมุนไพร, ยาที่สามารถซื้อได้ทั่วไปโดยไม่ต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์ (ยาประเภทOTC) หากตอบ “ใช่” (YES) ให้ระบุรายละเอียด ได้แก่ ชื่อยา, วันที่เริ่มใช้, ปริมาณที่ใช้ต่อวัน/หรือต่อสัปดาห์ และเหตุผลที่จำเป็นต้องใช้ยาด้วย (การวินิจฉัยโรค)</p>
<p>26. TYPE OF FLYING INTENDED (1): ระบุประเภทของการปฏิบัติการบิน (1) เช่น commercial air transport, flying instruction, private.</p>	<p>31. GENERAL AND MEDICAL HISTORY: ประวัติทางการแพทย์ กรุณาตอบคำถามแต่ละข้อย่อยภายใต้หัวข้อ (31) GENERAL AND MEDICAL HISTORY: ประวัติทางการแพทย์ ให้ครบถ้วนสมบูรณ์ทุกข้อตามความเป็นจริง (ข้อ 101 – 149 สำหรับเพศชาย และ ข้อ 101 – 151 สำหรับเพศหญิง) หากมีหรือเคยมีประวัติทางการแพทย์ข้อใดให้เลือกตอบว่า “ใช่” (YES) และระบุรายละเอียดอาการเจ็บป่วยและวันที่มีอาการเจ็บป่วยนั้นในช่องหมายเหตุและแจ้งให้นายแพทย์ผู้ตรวจทราบ คำถามทุกข้อมีความสำคัญถึงแม้ว่าจะยังไม่เห็นผลกระทบอย่างชัดเจนนัก คำถามข้อ 140 – 149 หมายถึงประวัติทางการแพทย์ของคุณใกล้ชิดในครอบครัว ส่วนคำถามข้อ 150 – 151 ใช้เฉพาะกับผู้ยื่นคำร้องที่เป็นเพศหญิงเท่านั้น ถ้าเคยรายงานรายละเอียดของประวัติทางการแพทย์เช่นนี้มาก่อนแล้วและไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม สามารถระบุว่า “ไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากประวัติเดิม” ได้ แต่ยังคงต้องเลือกทำเครื่องหมายในช่องคำตอบของคำถามแต่ละข้อให้ครบถ้วน และไม่ต้องรายงานอาการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นครั้งคราวทั่วไป เช่น ไข้หวัดธรรมดา เป็นต้น</p>
<p>27. TYPE OF FLYING INTENDED (2): ระบุประเภทของการปฏิบัติการบิน (2) โดยเลือกทำเครื่องหมายในช่อง Single-crew <input type="checkbox"/> หรือ Multi-crew <input type="checkbox"/> (นักบินหนึ่งคน) (นักบินสองคนหรือมากกว่า)</p>	<p>32. DECLARATION AND CONSENT TO RELEASE OF MEDICAL INFORMATION: คำยืนยันและคำยินยอมเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ อย่าลงนามหรือลงวันที่ในส่วนนี้จนกว่าจะได้รับการแนะนำจากนายแพทย์ผู้ตรวจ ผู้ซึ่งจะทำหน้าที่เป็นพยานและลงนามรับรองด้วยเช่นกัน</p>

AN APPLICANT HAS THE RIGHT TO REFUSE ANY EXAMINATION AND TEST AND TO REQUEST REFERRAL TO THE AUTHORITY.  
HOWEVER, THIS MAY ENTAIL TEMPORARY DENIAL OF MEDICAL CERTIFICATION.

ผู้ยื่นคำร้องขอรับ/ขอต่อใบสำคัญแพทย์มีสิทธิ์ปฏิเสธการตรวจและการทดสอบทางการแพทย์ใด ๆ และมีสิทธิ์ยื่นขอข้อมูลอ้างอิงจากสำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย  
อย่างไรก็ตาม ด้วยเหตุนี้ อาจส่งผลให้มีการปฏิเสธการออกใบสำคัญแพทย์เป็นการชั่วคราวได้

หนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจเข้ารับการตรวจเชื้อเอชไอวี, สารเสพติด และ/หรือ แอลกอฮอล์

จุดประสงค์ของการตรวจในครั้งนี้

Random

Return-to-duty

Pre-employment

Follow-up

Reasonable Suspicion/Cause

Post-Accident

ข้าพเจ้า ในฐานะผู้ร้องขอรับใบสำคัญแพทย์ มีความเข้าใจว่าการตรวจร่างกายเพื่อขอรับใบสำคัญแพทย์นี้ มีความจำเป็น ต้องได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเพื่อดำเนินการตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวี, สารเสพติด และ/หรือแอลกอฮอล์ โดยวิธีการตรวจปัสสาวะ และ/หรือตรวจเลือด และ/หรือตรวจลมหายใจ เพื่อให้เป็นไปตามกฎระเบียบทางเวชศาสตร์การบิน ข้าพเจ้าจึงยินยอมให้ศูนย์/สถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบิน ดำเนินการตรวจดังกล่าวตามที่แพทย์เห็นสมควร

ข้าพเจ้าทราบว่า หากการตรวจครั้งนี้ยืนยันผลการตรวจเป็นบวกคือพบเชื้อหรือสารดังกล่าวในร่างกายของข้าพเจ้า หรือข้าพเจ้าไม่ลงชื่อยินยอมเข้ารับการตรวจในหนังสือฉบับนี้ หรือ ข้าพเจ้าปฏิเสธการตรวจตามที่แพทย์เห็นสมควร หรือข้าพเจ้าไม่สามารถเก็บตัวอย่างจากร่างกายเพื่อนำไปทำการตรวจ อาจส่งผลให้มีการปฏิเสธการออก/หรือสั่งพักใช้/หรือสั่งเพิกถอนใบสำคัญแพทย์ และข้าพเจ้ารับทราบและยอมรับว่าการจงใจทำให้ปนเปื้อนหรือปลอมแปลงตัวอย่างจากร่างกายเพื่อการตรวจครั้งนี้ถือเสมือนเป็นการปฏิเสธการตรวจ ซึ่งอาจส่งผลให้มีการปฏิเสธการออก/หรือสั่งพักใช้/หรือสั่งเพิกถอนใบสำคัญแพทย์

การตรวจนี้มีข้อยกเว้นสำหรับยาที่ใช้เพื่อการรักษาโรคอย่างถูกต้องตามกฎหมายซึ่งสั่งจ่ายโดยแพทย์ผู้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากในรอบ 96 ชั่วโมงที่ผ่านมาข้าพเจ้าได้รับยาที่อาจมีผลรบกวนการตรวจคัดกรองนี้ ข้าพเจ้าขอชี้แจงรายละเอียดดังนี้ (รายละเอียดอื่นที่จำเป็นอาจเพิ่มเติมเป็นเอกสารแนบได้)

Drugs Name	Dosage	Physician
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ข้าพเจ้ายินยอมให้มีการเปิดเผยผลการตรวจนี้และข้อมูลทางการแพทย์ที่จำเป็นให้เป็นการเฉพาะแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องและมีความจำเป็นในการตัดสินใจผลการตรวจ และยินยอมให้มีการประชุมอภิปรายผลการตรวจภายในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์, ที่ปรึกษาทางกฎหมาย, สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย (กพท.) และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการ และประเมินสรุปผลการตรวจ ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าจะถูกเก็บรักษาอย่างปลอดภัยและถูกเปิดเผยจำกัดเฉพาะบุคลากรหรือหน่วยงานที่ได้รับอนุญาตอย่างเหมาะสมเท่านั้น ผลการตรวจและข้อมูลของข้าพเจ้าจะถูกนำมาใช้เพื่อจุดประสงค์การประเมินผลทางการแพทย์เท่านั้น

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ผู้ตรวจ, ศูนย์หรือสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบิน และบุคลากรรวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีอำนาจในการร้องขอหรือทราบข้อมูล หรือถ่ายสำเนาจากบันทึกประวัติการรักษาพยาบาลและผลการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า ได้จากแพทย์, โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใดที่มีการบันทึกหรือทราบข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้า ที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาการตรวจร่างกายเพื่อออกใบสำคัญแพทย์ เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำเอง

ข้าพเจ้าตกลงที่จะไม่ใช้สิทธิเรียกร้อง ฟ้องร้อง คัดค้าน ยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้ หรือดำเนินการทางกฎหมายใดๆ เพื่อเอาผิดหรือเรียกค่าเสียหายกับบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตรวจครั้งนี้ รวมถึงบุคคลภายนอกที่ให้ข้อมูลทางการแพทย์ใดๆของข้าพเจ้า สำหรับการเปิดเผย และ/หรือการใช้ข้อมูล, เอกสารที่เกี่ยวข้อง ตราบเท่าที่การเปิดเผย และ/หรือการใช้ข้อมูล, เอกสารที่เกี่ยวข้อง นั้น เป็นไปตามเงื่อนไขที่อธิบายไว้ข้างต้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดและเข้าใจเงื่อนไขทั้งหมดเรียบร้อยแล้ว และข้าพเจ้าเห็นชอบว่าสำเนาของหนังสือฉบับนี้มีผลบังคับใช้ได้เสมือนต้นฉบับ ข้าพเจ้าได้ยินยอมลงนามในหนังสือฉบับนี้ด้วยความสมัครใจ มิได้มีการบังคับ ชูเชิญ ล่อลวง ให้สัญญา ทำอันตรายต่อร่างกาย, จิตใจ หรือทรัพย์สิน แต่อย่างใด ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดที่ข้าพเจ้าให้ไว้มีความถูกต้องเป็นจริงทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลายมือชื่อผู้ร้องขอ	ชื่อผู้ร้องขอ(ตัวบรรจง)	วันที่
_____	_____	_____
ลายมือชื่อพยาน	ชื่อพยาน(ตัวบรรจง)	วันที่
_____	_____	_____
ในกรณีที่ผู้ร้องขอเป็นผู้เยาว์ (อายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์) ผู้ปกครอง/หรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน		
ลายมือชื่อผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม	ชื่อผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม(ตัวบรรจง)	วันที่
_____	_____	_____

**Applicant Agreement and Consent to HIV, Drugs and/or Alcohol Testing**

This test is to be conducted for the purpose of  Pre-employment  Reasonable Suspicion/Cause  
 Random  Return-to-duty  Follow-up  Post-Accident

I, the applicant, understand that, to comply with the aeromedical rules and regulations, CAAT and AMC/AMO require my authorization to conduct the HIV, Drugs and/or Alcohol Screening Tests. I hereby agree and give my consent to and authorize AMC/AMO to perform the tests deemed necessary to determine the absence or the presence of HIV, Drugs and/or Alcohol in my Urine and/or Blood and/or Breath as specified by the policy of CAAT and/or AMC/AMO.

I understand that the confirmed positive testing results, or my refusal to authorize the tests by signing this form, take the specified tests, or failure to produce a specimen, may result in rejection of issuance or suspension or withdrawal of medical certificate. I also understand that a tampered with or an adulterated specimen will be considered as a refusal to test, possibly resulting in rejection of issuance or suspension or withdrawal of medical certificate.

This policy exempts the use of legally prescribed medications taken under the direction of a licensed physician. I have taken the following psychoactive drugs or substances within the last 96 hours; (Extra information may be provided as an attachment on a separate page if necessary.)

Drugs Name	Dosage	Physician
_____	_____	_____
_____	_____	_____

I hereby give my consent to release the results of the tests and other medical information to the specified individuals or agents that have the need to know for the purpose of determining the results. I further authorize the results discussions within the group of involving medical personnel, legal advisors, the Civil Aviation Authority of Thailand (CAAT) and its officers responsible for administering the aforementioned tests or evaluating the results thereof and any of them herein. I understand that only duly-authorized individuals and/or agents will have access to information furnished or obtained in connection with the tests; that they will maintain and protect the confidentiality of such information to the greatest extent possible; and that they will share such information only to the extent necessary to process the precise medical evaluation.

I hereby give my permission to SAME/AME, AMC/AMO, involving officers and/or agents to request and receive copies of my medical records, medical examination reports and make any inquiries into details of my health and medical history which possibly affect the determination of medical certificate and request that any physicians, hospitals, staffs and/or organizations assist SAME/AME, AMC/AMO, involving officers and/or agents in their inquiries thereof.

I will hold harmless the AMC/AMO, its involving staffs, the authority and its officers, and any other individuals or agents that provide my medical related information meaning that I will not sue or hold responsible such parties for any alleged harm to me that might result from such testing, including loss of employment/education or any other kind of adverse job/education action that might arise as a result of the tests. I will further hold harmless the parties thereof for any alleged harm to me that might result from the release or use of information or documentation relating to the tests, as long as the release or use of the information is within the scope of this policy and the procedures as explained above.

I have read and understood the above Authorization & Consent in its entirety, and I agree that a copy of this document is as valid as the original. I acknowledge that my signing of this consent form is a voluntary act on my part and that I have not been coerced into signing this document by anyone. I hereby certify that the information given in this form is true and correct.

_____ Applicant's Signature	_____ Applicant's Printed Name	_____ Date
_____ Witness's Signature	_____ Witness's Printed Name	_____ Date
If applicant is a minor (under 20 years old), Parent or Guardian shall fill in the blank space below ;		
_____ Parent or Guardian's Signature	_____ Parent or Guardian's Printed Name	_____ Date

MEDICAL EXAMINATION REPORT

For use by AME/SAME only

(4) National Identification number (if applicable):

(1) Examination Category Initial <input type="checkbox"/> Renewal <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>	(2) Height cm	(3) Weight Kg BMI .....	(4) Eye Colour	(5) Hair Colour	(6) Blood Pressure – seated mmHg		(7) Pulse - resting	
					Systolic	Diastolic	Rate (bpm)	Rhythm Reg <input type="checkbox"/> Irreg <input type="checkbox"/>

**Clinical examination:** Check each item Normal Abnormal Normal Abnormal

(8) Head, face, neck, scalp			(18) Abdomen, hernia, liver, spleen		
(9) Mouth, throat, teeth			(19) Anus, rectum (indicate if not examined)		
(10) Nose, sinuses			(20) Genito-urinary system (indicate if not examined)		
(11) Ears, especially eardrum appearance and motility			(21) Endocrine system		
(12) Eyes – orbit and adnexa; visual fields			(22) Upper and lower limbs, joints		
(13) Eyes – pupils and optic fundi			(23) Spine, other musculoskeletal		
(14) Eyes – ocular motility; nystagmus, eye muscle balance			(24) Neurologic – reflexes, etc.		
(15) Lungs, chest, breasts (indicate if breasts not examined)			(25) Psychiatric		
(16) Heart			(26) Skin and lymphatics		
(17) Vascular system			(27) General systemic		
(28) Notes: Describe every abnormal finding. Enter applicable item number before each comment.			(29) Identifying marks, tattoos, scars, etc.		

**Visual acuity**

(30) Distant vision at 6 m (20 ft)

	Uncorrected	Corrected to	Glasses	Contact lenses
Right eye	20/	20/	20/	20/
Left eye	20/	20/	20/	20/
Both eye	20/	20/	20/	20/

(31) Intermediate vision

N14 at 100 cm	Uncorrected	Corrected to	Glasses	Contact lenses
Right eye	20/	20/	20/	20/
Left eye	20/	20/	20/	20/
Both eye	20/	20/	20/	20/

(32) Near vision

N5 at 30-50 cm	Uncorrected	Corrected to	Glasses	Contact lenses
Right eye	20/	20/	20/	20/
Left eye	20/	20/	20/	20/
Both eye	20/	20/	20/	20/

(33) Spectacles	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Type:
(34) Contact lenses	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Type:

(35) Colour perception	Normal <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/>
Pseudo-isochromatic plates	Type:
No of plates:	No of errors:

(36) Heterophoria	Eso: ..... Exo: ..... Right Hyper ..... Left Hyper .....
(37) Visual Field	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal
(38) Intraocular Pressure	..... mmHg
(39) Depth Perception	

**Hearing**

(40) Hearing	Right ear	Left ear
When (41) not performed		
Conversational voice test at 2 m back turned to examiner	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

(41) Audiometric screening				
Hz	500	1000	2000	3000
Right				
Left				



(50) Urinalysis Normal  Abnormal

Glucose	Protein	Blood	Other
---------	---------	-------	-------

(60) Mental health aspects of fitness discussed.

Yes  No

(61) Behavioural aspects of fitness discussed.

Yes  No

(62) Physical aspects of fitness discussed.

Yes  No

(63) Preventive health advice given.

Yes  No

Accompanying reports	Normal	Abnormal/Comment	Not performed
(70) ECG			
(71) Audiogram			
(72) Chest X-ray			
(73) Other			

(80) Medical examiner's recommendation:

Name of applicant: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

- Fit class: \_\_\_\_\_  
 Medical certificate issued by undersigned (copy attached)

Signature: \_\_\_\_\_

- Unfit class \_\_\_\_\_ State reason: \_\_\_\_\_

- Deferred for further evaluation. If yes, why and to whom?

(74) Blood Analysis	Bl.gr. ....	Rh. ....	Hb. ....
V.P.C. ....	FBS ....	Chol. ....	Trig. ....
HDL ....	LDL ....	SGOT ....	SGPT ....
Alk.phos. ....	BUN ....	Creat. ....	Uric ....
VDRL ....	HIV ....	HBsAg ....	HbA1c ....

(81) Comments, restrictions, limitations:

(82) Medical examiner's declaration:

*I hereby certify that I/my AME/SAME group have personally examined the applicant named on this medical examination report and that this report with any attachment embodies my findings completely and correctly.*

(83) Place and date:	Examiner's Name and Address: (Block Capitals)	Examiner's Stamp and number:
Medical Examiner's signature:	E-mail:	
	Telephone No.:	Telefax No.:

**This form is to be sealed and sent to:**

Aeromedical Department, The Civil Aviation Authority of Thailand, 333/105 Lak Si Plaza, Khamphaeng Phet 6 Rd., Talat Bang Khen, Lak Si, Bangkok 10210  
 (ฝ่ายเวชศาสตร์การบิน, สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย, 333/105 อาคารหลักสี่พลาซ่า ถนนกำแพงเพชร 6 แขวงตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210)

## เงื่อนไข Condition

- ใบสำคัญแพทย์ฉบับนี้จะต้องแนบติดไว้กับใบอนุญาตผู้ประจำหน้าที่  
This certificate shall be attached to the holder licence.
- ผู้ถือใบสำคัญแพทย์ จะต้องไม่ปฏิบัติหน้าที่ในระหว่างที่เจ็บป่วย ซึ่งเกิดขึ้นในขณะที่ใบสำคัญแพทย์ฉบับนี้ ยังมีผลบังคับใช้  
The holder shall not exercise the privilege of the licence during the period of physical deficiency which may occur while the certificate is valid.
- ผู้ถือใบสำคัญแพทย์ต้องแจ้งให้แพทย์ผู้ตรวจและออกใบสำคัญแพทย์ซึ่งได้รับการแต่งตั้งทราบถึงการเสื่อมสมรรถภาพใด ๆ หรือการเจ็บป่วย ซึ่งมีระยะเวลาติดต่อกันเกิน 7 วันขึ้นไป เพื่อให้ทำการตรวจทางแพทย์ก่อนจะกลับมาปฏิบัติหน้าที่ตามสิทธิในใบอนุญาต  
The holder is required to notify designated Aviation Medical Examiner of any incapacitating injury or illness in excess of 7 consecutive days for medical reexamination before return to exercise the privilege of the licence.
- ผู้ถือใบสำคัญแพทย์จะต้องไม่ปกปิดรายละเอียดเกี่ยวกับข้อบกพร่องทางร่างกายหรือโรคที่เป็น และต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขหรือข้อจำกัดในขณะที่ทำการบิน  
The holder shall not withhold any information of his bodily defects of diseases and must comply with condition or limitation while exercising the privilege of the licence.

FORM: CAAT-AMD-505

ประเทศไทย  
THAILAND



ใบสำคัญแพทย์  
MEDICAL CERTIFICATE  
สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย  
THE CIVIL AVIATION AUTHORITY OF THAILAND

ออกให้ตามพระราชบัญญัติการเดินอากาศ พ.ศ. 2497 และระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ ที่ออกตามพระราชบัญญัตินี้ และตามบทบัญญัติแห่งอนุสัญญาว่าด้วยการบินพลเรือนระหว่างประเทศ ทำขึ้น ณ เมืองชิคาโก เมื่อวันที่ 7 ธันวาคม 2487

Issued in accordance with the provisions of the Air Navigation Act B.E. 2497 and regulations issued thereunder and with the provisions of the Conventions on the International Civil Aviation signed at Chicago on 7<sup>th</sup> December 1944.

ชื่อ/Full name .....

ที่อยู่/Address .....

วัน เดือน ปีเกิด/Date of birth .....

สัญชาติ/Nationality .....

ใบอนุญาตเลขที่/Licence number .....

พบว่ามีความรู้มาตรฐานทางการแพทย์สำหรับประเภท

Meet the medical standards class .....

ลงชื่อผู้ถือใบสำคัญแพทย์ .....

Holder's signature

## เงื่อนไขและข้อจำกัด (Condition &amp; Limitation)

ลงชื่อนายแพทย์ผู้ตรวจ .....

AME's signature

สถานที่ตรวจ .....

Place of examination

วันที่ตรวจ .....

Date of examination

มีผลใช้บังคับถึง .....

Valid until