

 <p>CAAT สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย The Civil Aviation Authority of Thailand</p>		<p>คำขอ/ต่ออายุใบสำคัญแพทย์ Application Form for An Aviation Medical Certificate</p>			<p>ติดรูปถ่าย 1" 1" photo here เฉพาะการตรวจครั้งแรก (For 1st application only)</p>		
(1) Application ยื่นขอแบบ Initial ครั้งแรก <input type="checkbox"/> Revalidate ต่อก่อนอายุ <input type="checkbox"/> Renewal ต่อหลังหมดอายุ <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 (6.1) Age: อายุ			(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 st <input type="checkbox"/> 2 nd <input type="checkbox"/> 3 rd <input type="checkbox"/> 4 th <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: Result of examination: <input type="checkbox"/> สมบูรณ์ (Fit) <input type="checkbox"/> ไม่สมบูรณ์ (Unfit)		
(18) Aviation licence(s) held (type): ประเภทใบอนุญาตผู้ประจำหน้าที่ที่ถืออยู่ 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 AME/SAME. ท่านเคยถูกปฏิเสธการออก, พักใช้ หรือเพิกถอนใบสำคัญแพทย์ โดยหน่วยงานกำกับดูแลด้านการบินพลเรือนแห่งใดหรือไม่? ถ้าเคย โปรดแจ้งรายละเอียดให้นายแพทย์ผู้ตรวจทราบ No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Date: Place:		(22) Total flight time (hours): จำนวนชั่วโมงบินรวม (ชม.)		(23) Flight time (hours) since last medical: จำนวนชั่วโมงบิน (ชม.) นับตั้งแต่ตรวจสุขภาพครั้งล่าสุด			
Details:		(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:		(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"/>			
Details:							

คำร้องขอรับ/ขอต่อใบสำคัญแพทย์

Application Form for An Aviation Medical Certificate

<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>(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>	<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>
---	--

(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) ให้ระบุรายละเอียดในช่องหมายเหตุและแจ้งให้นายแพทย์ผู้ตรวจทราบโดยทำเครื่องหมาย

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/หรือคอนแทกต์เลนส์				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/หรือคอนแทกต์เลนส์ 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 อาการวิงเวียนหรือเป็นลม				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 ถูกปฏิเสธจากหรือปฏิเสธการเข้าร่วมงานกับกองทัพด้วยเหตุผลทางการแพทย์				147 Allergy/asthma/eczema ภูมิแพ้/หอบหืด/ผิวหนังอักเสบผื่นแพ้			
110 Stomach, liver or intestinal trouble ความผิดปกติเกี่ยวกับกระเพาะอาหาร, ตับ หรือลำไส้				121 Motion sickness requiring medication อาการเมาเรือ, เมาอากาศ 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)			
												151 Are you pregnant? ตั้งครรภ์อยู่หรือไม่?			

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

หมายเหตุ: ถ้าเคยรายงานมาก่อนแล้วและไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม ให้ระบุไว้ว่า 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 ข้าพเจ้าขอยืนยันว่ามีได้ตั้งใจปกปิดข้อมูลสำคัญหรือทำให้เกิดความเข้าใจผิดพลาดคลาดเคลื่อน 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: ข้าพเจ้ายินยอมให้มีการเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ที่จำเป็นให้เป็นการเฉพาะแก่ศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือน, สถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือน, นายแพทย์ผู้ตรวจ, นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโส และนายแพทย์ผู้ตรวจสอบ (Medical Assessor) ของสำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย

หมายเหตุ: ข้อมูลทางการแพทย์จะถูกเก็บรักษาอย่างปลอดภัยและจำกัดการเข้าถึงอย่างเคร่งครัด

Consent to Medical Disclosure: I consent to the disclosure of all relevant medical examination history information in consideration for the issuance or revalidation or renewal of a medical certificate to the Aeromedical Center (AeMC), the Aeromedical Office (AeMO), the Authorized Medical Examiner (AME), the Senior Authorized Medical Examiner (SAME), the Medical Assessor, as well as relevant personnel involving in the medical examination and agencies related to the Civil Aviation Authority of Thailand in the medical examination process and supervision. My test results and information must only be used for the purpose of medical evaluation and civil aviation supervision. It must be kept secure and access strictly restricted.

คำยินยอมให้มีการเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์: ข้าพเจ้ายินยอมให้มีการเปิดเผยข้อมูลประวัติผลการตรวจสุขภาพทั้งหมดที่เกี่ยวข้องของข้าพเจ้าในการพิจารณาออกหรือต่ออายุใบสำคัญแพทย์แก่ศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือน สถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือน นายแพทย์ผู้ตรวจ นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโส นายแพทย์ผู้ตรวจสอบ ตลอดจนถึงบุคลากรที่เกี่ยวข้องและมีความจำเป็นในการตัดสินใจผลการตรวจ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย เพื่อประกอบการพิจารณาออกหรือต่อใบสำคัญแพทย์และการกำกับดูแลด้านการบินพลเรือน ผลการตรวจและข้อมูลของข้าพเจ้าจะต้องถูกนำมาใช้เพื่อจุดประสงค์การประเมินผลทางการแพทย์และการกำกับดูแลด้านการบินพลเรือนเท่านั้น โดยจะต้องถูกเก็บรักษาไว้อย่างปลอดภัยและจำกัดการเข้าถึงอย่างเคร่งครัด

Date
วันที่ยื่นคำร้อง

Signature of applicant
ลายมือชื่อผู้ยื่นคำร้องขอรับใบสำคัญแพทย์

Signature of
medical examiner (Witness)
ลายมือชื่อนายแพทย์ผู้ตรวจ (พยาน)

คำชี้แจงการกรอกแบบฟอร์มคำร้องขอรับ/ขอต่อใบสำคัญแพทย์

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

ผู้ประสงค์ยื่นคำร้องขอรับ/ขอต่อใบสำคัญแพทย์ต้องกรอกข้อมูลด้วยตนเองอย่างครบถ้วนทุกข้อในแบบฟอร์มคำร้องนี้ หากเป็นภาษาอังกฤษให้ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ การกรอกข้อมูลให้ใช้ปากกาลูกลื่นสีดำ เขียนด้วยลายมือและน้ำหนักการเขียนที่แน่ใจได้ว่าสามารถอ่านออกได้อย่างชัดเจนทั้งแผ่นเอกสารต้นฉบับรวมถึงแผ่นเอกสารฉบับสำเนา หากมีรายละเอียดที่ต้องการเพิ่มเติมเพื่อตอบคำถามข้อใด ให้กรอกข้อมูลเพิ่มเติมนั้นลงในแผ่นกระดาษเปล่าพร้อมทั้งระบุวันที่และลงชื่อกำกับ คำชี้แจงด้านล่างนี้มีหมายเลขกำกับแต่ละหัวข้อซึ่งตรงกับหมายเลขของข้อความในแบบฟอร์มคำร้องขอรับใบสำคัญแพทย์

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 กรอกชื่อต้น และชื่อกลาง (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 สำหรับผู้ที่ขอรับการตรวจเป็นครั้งแรกและไม่มีประวัติการตรวจให้ระบุว่า "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: ระบุข้อมูลใบอนุญาตผู้ประจําหน้าที่ที่ถืออยู่ ทั้งประเภทใบอนุญาต, เลขที่ใบอนุญาต และรัฐผู้ออกใบอนุญาตผู้ประจําหน้าที่
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: ให้ระบุว่า มีข้อจำกัดทางการแพทย์หรือการถือใบอนุญาตผู้ประจําหน้าที่หรือไม่ ถ้ามี ให้ระบุรายละเอียดของข้อจำกัด (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 ให้ระบุประเภทของใบอนุญาตผู้ประจําหน้าที่ที่ยื่นคำร้องขอครั้งนี้ด้วย	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, สถานที่ที่ตรวจ และแจ้งให้นายแพทย์ผู้ตรวจทราบด้วย
11. PLACE AND COUNTRY OF BIRTH: ระบุสถานที่ (เมือง) และประเทศที่เกิด	22. TOTAL FLIGHT TIME (HOURS): จำนวนชั่วโมงบินรวม (ชม.) สำหรับนักบินให้ระบุจำนวนชั่วโมงบินรวม (ชม.) ส่วนผู้ถือใบอนุญาตผู้ประจําหน้าที่อื่นซึ่งไม่ใช่ นักบิน ให้ระบุว่า 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) และระบุรายละเอียดอาการเจ็บป่วยและวันที่มีอาการเจ็บป่วยนั้นในช่องหมายเหตุและแจ้งให้แพทย์ผู้ตรวจทราบ คำถามทุกข้อมีความสำคัญถึงแม้จะยังไม่เห็นผลกระทบต่ออย่างชัดเจนนัก คำถามข้อ 140 – 149 หมายถึงประวัติทางการแพทย์ของบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ส่วนคำถามข้อ 150 – 151 ใช้เฉพาะกับผู้ยื่นคำร้องที่เป็นเพศหญิงเท่านั้น ถ้าเคยรายงานรายละเอียดของประวัติทางการแพทย์เช่นนี้มาก่อนแล้วและไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม สามารถระบุว่า “ไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากประวัติเดิม” ได้ แต่ยังคงต้องเลือกทำเครื่องหมายในช่องคำตอบของคำถามแต่ละข้อให้ครบถ้วน และไม่ต้องรายงานอาการเจ็บป่วยที่อาจเกิดเป็นครั้งคราวทั่วไป เช่น ไข้หวัดธรรมดา เป็นต้น</p>
<p>27. TYPE OF FLYING INTENDED (2): ระบุประเภทของการปฏิบัติการบิน (2) โดยเลือกทำเครื่องหมายในช่อง Single-crew <input type="checkbox"/> Multi-crew <input type="checkbox"/> (นักบินหนึ่งคน) (นักบินสองคนหรือมากกว่า)</p>	<p>32. DECLARATION AND CONSENT TO RELEASE OF MEDICAL INFORMATION: คำยืนยันและคำยินยอมเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ อย่างลงนามหรือลงวันที่ในส่วนนี้จนกว่าจะได้รับการแนะนำจากนายแพทย์ผู้ตรวจ 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

 <p>CAAT สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย The Civil Aviation Authority of Thailand</p>	<p>หนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจเข้ารับการตรวจเชื้อเอชไอวี, สารเสพติด และ/หรือ แอลกอฮอล์</p> <p>Applicant Agreement and Consent to HIV, Drugs and/or Alcohol Testing</p> <p>(หน้า 1 สำหรับผู้ร้องขอชาวไทย, หน้า 2 สำหรับผู้ร้องขอชาวต่างชาติ) (Page 1 for Thai Applicant, Page 2 for Non-Thai Applicant)</p>
---	---

หนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจเข้ารับการตรวจเชื้อเอชไอวี, สารเสพติด และ/หรือ แอลกอฮอล์

- จุดประสงค์ของการตรวจในครั้งนี้
- | | | | | | |
|---------------------------------|---|---|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Random | <input type="checkbox"/> Return-to-duty | <input type="checkbox"/> Pre-employment | <input type="checkbox"/> Follow-up | <input type="checkbox"/> Reasonable Suspicion/Cause | <input type="checkbox"/> Post-Accident |
|---------------------------------|---|---|------------------------------------|---|--|

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

ข้าพเจ้าทราบว่า หากการตรวจครั้งนี้ยืนยันผลการตรวจเป็นบวกคือพบเชื้อหรือสารดังกล่าวในร่างกายของข้าพเจ้า หรือข้าพเจ้าไม่ยินยอมเข้ารับการตรวจในหนังสือฉบับนี้ หรือ ข้าพเจ้าปฏิเสธการตรวจตามที่แพทย์เห็นสมควร หรือข้าพเจ้าไม่สามารถเก็บตัวอย่างจากร่างกายเพื่อนำไปทำการตรวจ อาจส่งผลให้มีการปฏิเสธการออก/หรือสั่งพักใช้/หรือสั่งเพิกถอนใบสำคัญแพทย์ และข้าพเจ้ารับทราบและยอมรับว่าภาระใจทำให้ปนเปื้อนหรือปลอมแปลงตัวอย่างจากร่างกายเพื่อการตรวจนี้ให้ถือเสมือนเป็นการปฏิเสธการตรวจ ซึ่งอาจส่งผลให้มีการปฏิเสธการออก/หรือสั่งพักใช้/หรือสั่งเพิกถอนใบสำคัญแพทย์

การตรวจนี้มีข้อยกเว้นสำหรับยาที่ใช้เพื่อการรักษาโรคอย่างถูกต้องตามกฎหมายซึ่งสั่งจ่ายโดยแพทย์ผู้มีใบอนุญาตประกอบ วิชาชีพ 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 ที่อาจมีผลกระทบต่อพิจารณาการตรวจร่างกายเพื่อออกใบสำคัญแพทย์ เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการ

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

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดและเข้าใจเงื่อนไขทั้งหมดเรียบร้อยแล้ว และข้าพเจ้าเห็นชอบว่าสำเนาของหนังสือฉบับนี้มีผลบังคับใช้ได้เสมือนต้นฉบับ ข้าพเจ้าได้ยินยอมลงนามในหนังสือฉบับนี้ด้วยความสมัครใจ มิได้มีการบังคับ ชูเชิญ สลอลวง ให้สัญญา ทำอันตรายต่อร่างกาย, จิตใจ หรือทรัพย์สิน แต่อย่างไรก็ตาม ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดที่ข้าพเจ้าให้ไว้มีความถูกต้องเป็นจริงทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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



MEDICAL EXAMINATION REPORT
รายงานผลการตรวจสุขภาพ

MEDICAL EXAMINATION REPORT

For use by AME/SAME only

(4) National Identification number (if applicable):

(1) Examination Category Initial <input type="checkbox"/> Revalidate <input type="checkbox"/> Renewal <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>	(2) Height cm	(3) WeightKg 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 Normal 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	500	1000	2000	3000	4000
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 Standards Department, The Civil Aviation Authority of Thailand, 222 Soi Vibhavadi Rangsit 28, Vibhavadi Rangsit Rd., Chatuchak, Bangkok 10900
(ฝ่ายมาตรฐานเวชศาสตร์การบิน, สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย, 222 ซอยวิภาวดีรังสิต 28 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900)

แบบใบสำคัญแพทย์

<p style="text-align: center;">Page 4</p> <p>เงื่อนไข Condition</p> <ol style="list-style-type: none">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.ผู้ถือใบสำคัญแพทย์ต้องแจ้งให้แพทย์ผู้ตรวจและออกใบสำคัญแพทย์ซึ่งได้รับการแต่งตั้งถึงการเสื่อมสมรรถภาพใด 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. <p>FORM: CAAT-AMD-505</p>	<p>ประเทศไทย THAILAND</p>  <p>ใบสำคัญแพทย์ MEDICAL CERTIFICATE สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย THE CIVIL AVIATION AUTHORITY OF THAILAND</p>
--	---

<p style="text-align: center;">Page 2</p> <p>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 7th December 1944.</p> <p>ชื่อ/Full name</p> <p>ที่อยู่/Address</p> <p>วัน เดือน ปีเกิด/Date of birth</p> <p>สัญชาติ/Nationality</p> <p>ใบอนุญาตเลขที่/Licence number</p> <p>พบว่ามีมาตรฐานทางการแพทย์สำหรับประเภท Meet the medical standards class</p> <p>ลงชื่อผู้ถือใบสำคัญแพทย์</p> <p>Holder's signature</p>	<p style="text-align: center;">Page 3</p> <p>เงื่อนไขและข้อจำกัด (Condition & Limitation)</p> <p>ลงชื่อนายแพทย์ผู้ตรวจ AME No. AME's signature</p> <p>สถานที่ตรวจ</p> <p>Place of examination</p> <p>วันที่ตรวจ</p> <p>Date of examination</p> <p>มีผลใช้บังคับถึง</p> <p>Valid until</p>
--	---