



แบบฟอร์มรับรองการทำเลสิก

วันที่

ส่วนที่ 1 (พนักงาน)

เรียน เจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคล และ แพทย์ผู้ทำการตรวจ

ข้าพเจ้า ชื่อ-นามสกุล รหัสพนักงาน อายุ ปี

ตำแหน่ง หน่วยงาน

มีความประสงค์ขอการรับรองเพื่อทำเลสิก

ลงชื่อ

พนักงาน

ตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 (เจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคล)

- พนักงานเคยเบิกสวัสดิการตัดแว่นมาแล้ว อย่างน้อย 1 ครั้ง
- พนักงานไม่เคยเบิกสวัสดิการตัดแว่น

ลงชื่อ

เจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคล

ส่วนที่ 3 (แพทย์ผู้ทำการตรวจ)

ข้าพเจ้า (นายแพทย์ / แพทย์หญิง)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ได้ตรวจค่าสายตาของ (นาย/นาง/นางสาว)

แล้วเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. โดยมีรายละเอียดค่าสายตา ดังนี้

สรุปความเห็นและคำแนะนำของแพทย์

- เห็นควร ทำเลสิก
- ไม่เห็นควร ทำเลสิก
- อื่นๆ (ระบุ)

ลงชื่อ

แพทย์ผู้ทำการตรวจ