

แบบสอบถามสำหรับคัดกรองโรคไวรัสโคโรนา (COVID-19) (SCREENING QUESTIONNAIRE COVID-19)

บริษัทจะประมวลผลข้อมูลตามแบบสอบถามฉบับนี้เพื่อวัตถุประสงค์ในการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากโรคไวรัสโคโรนา สำหรับการประชุมสามัญประจำปี 2564 โดยบริษัทจะทำลายเอกสารนี้เมื่อครบกำหนด 14 วัน เว้นแต่กรณีที่จะต้อง (The Company processes this questionnaire to prevent the risks and spread of COVID-19 in the 2021 Annual General Meeting. The questionnaire will be disposed of no later than 14 days unless it has to be retained for a longer period of time.)

1	ชื่อ/Name:	โทร/Tel:
	<input type="checkbox"/> ผู้ถือหุ้นหรือผู้รับมอบฉันทะ/ Shareholder or proxy <input type="checkbox"/> ผู้ติดตาม/ Escort	

2	ในปัจจุบันคุณมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ โปรดระบุ: (Do you currently have any of the following symptoms? Tick all that apply:)	
	1. ไอ/ เจ็บคอ (Cough/ Sore Throat)	<input type="checkbox"/> ใช่/Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่/No
	2. มีน้ำมูก (Runny Nose)	<input type="checkbox"/> ใช่/Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่/No
	3. ไม่ได้กลิ่น หรือ ลิ้นไม่รับรส (Loss of sense of smell or taste)	<input type="checkbox"/> ใช่/Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่/No
	4. หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หรือ หายใจลำบาก (Shortness of breath or difficulty breathing)	<input type="checkbox"/> ใช่/Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่/No
	5. ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ (Patient with pneumonia)	<input type="checkbox"/> ใช่/Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่/No

3	ในช่วง 14 วัน มีประวัติอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้หรือไม่? (During last 14 days, do you have any of the following history?)	
	1. สัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Contacted with confirmed COVID-19 case)	<input type="checkbox"/> ใช่/Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่/No
	2. ทำงานในสถานกักกันโรค หรือ เป็นบุคลากรทางการแพทย์ผู้ตรวจรักษาสงสัยว่าเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Worked in a quarantine facility or medical personnel who examines suspected of having COVID-19)	<input type="checkbox"/> ใช่/Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่/No
	3. เดินทางไปในสถานที่ชุมนุมชน หรือ สถานที่ที่มีการรวมกลุ่มคน เช่น ตลาดนัด ห้างสรรพสินค้า สถานพยาบาล หรือ ขนส่งสาธารณะ ที่มีการพบผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Going to a public space or place where people are gathered such as flea market, department store, health facility or public transportation which there have been confirmed cases of COVID-19)	<input type="checkbox"/> ใช่/Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่/No
	โปรดระบุชื่อสถานที่: _____ (Please specific place's name): _____	

ลายเซ็น (Signature)

4

ฉันขอยืนยันว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง (I confirm that information given above is true.)

สำหรับเจ้าหน้าที่ (For security officer / Authorized person)

<input type="checkbox"/> ไม่เข้าข่าย ถ้าผ่าน Thermo scan ให้รับสติ๊กเกอร์และลงทะเบียน (Not suspected, if pass Thermo scan checkpoint, provide a sticker and proceed to registration.)	<input type="checkbox"/> เข้าข่ายต้องสงสัย (มี <input checked="" type="checkbox"/> ใช่/Yes) ให้ไปพบแพทย์ที่บริษัทจัดไว้ให้ (Suspected (having <input checked="" type="checkbox"/> Yes), proceed to visit a doctor recommended by the Company.)
--	---