



แบบสอบถามสุขภาพสำหรับผู้เข้าประชุมสามัญผู้ถือหุ้นประจำปี 2563

Health Questionnaire Form for the 2020 Annual General Meeting of Shareholders

ชื่อ-สกุล _____ เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ _____

Name-Surname

Contact Phone No.

_____ ผู้ถือหุ้น _____ ผู้รับมอบฉันทะ _____ อื่นๆ (โปรดระบุ) _____

Shareholder

Proxy

Other (Please specify)

รายการสอบถามด้านสุขภาพ/ Items to be declared:

ลำดับ No.	รายละเอียด Description	ใช่ Yes	ไม่ No	หมายเหตุ Remarks
1	ท่าน คนในครอบครัว และบุคคลใกล้ชิด มีอาการป่วยอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้หรือไม่: เป็นไข้สูง ไอ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ หายใจเหนื่อย หอบ หรือมีอาการท้องเสียร่วม Do you or your family members have any of the following symptoms: having a fever > 37.5 °c, cough, headache, muscle pain, shortness of breath, or diarrhea,			
2	ท่าน คนในครอบครัว และบุคคลใกล้ชิด มีการเดินทางไปหรือกลับจาก จังหวัด/ประเทศ ที่มีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัส COVID-19 ในระยะเวลา 14 วันที่ผ่านมาหรือไม่ (หากใช่ กรุณาระบุจังหวัด/ประเทศในช่องหมายเหตุ) Do you or your family members have traveled to or from any provinces/country which are areas with COVID-19 outbreak within the past 14 days? (If yes, please specify)			จังหวัด/ประเทศ Province(s)/Country(ies)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลที่ได้ให้ไว้ทั้งหมดข้างต้นเป็นความจริงและถูกต้องตามความรู้และความเข้าใจของข้าพเจ้า

I hereby certify that the above information is true and accurate to my knowledge and understanding.

ลงชื่อ (Signed) _____ วันที่ (Date) _____

สำหรับเจ้าหน้าที่/ For Officer

 ไม่พบความเสี่ยง - เข้าจุดลงทะเบียน พบความเสี่ยง

No Risk Found - Allow to enter the registration zone

 เจ้าหน้าที่ควบคุมโรคให้คำแนะนำ

Risk Found - To take advice from the Officer