



โปรดนำมาแสดงในวันประชุม
Please bring to the meeting

แบบสอบถามเพื่อการคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
สำหรับการประชุมสามัญผู้ถือหุ้นประจำปี 2564

(COVID-19 Screening Form for the Annual General Meeting of Shareholders for the year 2021)

ชื่อ - สกุล หมายเลขโทรศัพท์

Name-Surname

Phone no.

ผู้ถือหุ้น / Shareholder ผู้รับมอบฉันทะ / Proxy อื่น ๆ (โปรดระบุ) / Other (please

ท่านมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ หรือไม่

Do you have any of the following symptoms?

- | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1. อุณหภูมิร่างกาย ≥ 37.5 °C / body temperature ≥ 37.5 °C | <input type="checkbox"/> มี / Yes | <input type="checkbox"/> ไม่มี / No |
| 2. ไอ เจ็บคอ น้ำมูก / cough, sore throat, nasal congestion | <input type="checkbox"/> มี / Yes | <input type="checkbox"/> ไม่มี / No |
| 3. หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก / shortness of breath or difficulty in breathing | <input type="checkbox"/> มี / Yes | <input type="checkbox"/> ไม่มี / No |
| 4. ปวดเมื่อยเนื้อตัว / aches and pains | <input type="checkbox"/> มี / Yes | <input type="checkbox"/> ไม่มี / No |
| 5. ท้องเสีย / diarrhea | <input type="checkbox"/> มี / Yes | <input type="checkbox"/> ไม่มี / No |
| 6. สูญเสียความสามารถในการดมกลิ่นหรือรับรส / loss of smell or taste | <input type="checkbox"/> มี / Yes | <input type="checkbox"/> ไม่มี / No |

ท่านได้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีความเสี่ยงหรือยืนยันการติดเชื้อโรค COVID-19 หรือมีการเดินทางไปหรือกลับจากพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค COVID-19 ในช่วง 14 วัน ก่อนประชุมหรือไม่

Have you had physical or close contact with any person having risk or confirmed of COVID-19 infection or have you travelled to or from any area with risk of COVID-19 infection during the past 14 days prior to the meeting?

มี (โปรดระบุ) /Yes (please specify) ไม่มี / No

สมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดของท่านมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งข้างต้น หรือได้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีความเสี่ยงหรือยืนยันการติดเชื้อโรค COVID-19 หรือมีการเดินทางไปหรือกลับจากพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค COVID-19 ในช่วง 14 วัน ก่อนประชุมหรือไม่

Does your family member or close person have any of the above symptoms, or has had physical or close contact with any person having risk or confirmed of COVID-19 infection or has travelled to or from any area with risk of COVID-19 infection during the past 14 days prior to the meeting?

มี (โปรดระบุ) /Yes (please specify) ไม่มี / No specify).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลข้างต้นถูกต้องและเป็นความจริง

I hereby certify that the information given above is true and correct.

ลายมือชื่อ

Signature

สำหรับเจ้าหน้าที่ / For officer

ไม่พบความเสี่ยง สามารถเข้าจุดลงทะเบียนได้

No risk found, allow to enter the registration desk.

พบความเสี่ยง เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ให้คำแนะนำ

Risk found, medical staff to provide recommendations.