



โปรดนำมาแสดงในวันประชุม  
Please bring to the meeting.

แบบสอบถามเพื่อการคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019  
สำหรับการประชุมสามัญผู้ถือหุ้นประจำปี 2563  
(COVID-19 Screening Form for the 2020 Annual General Meeting of Shareholders)

ชื่อ-สกุล ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

Name-Surname Phone no.

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

ท่านมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้หรือไม่

Do you have any of the following symptoms?

- |   |   |
|---|---|
| 1. อุณหภูมิร่างกาย $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ / body temperature $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ | <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 |

ท่านได้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีความเสี่ยงหรือยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 หรือมีการเดินทางไปหรือกลับจากพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 ในช่วง 14 วัน ก่อนการประชุมหรือไม่

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 หรือได้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีความเสี่ยงหรือยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 หรือมีการเดินทางไปหรือกลับจากพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 ในช่วง 14 วัน ก่อนการประชุมหรือไม่

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลข้างต้นถูกต้องและเป็นความจริง

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

ลงชื่อ .....

Signature

สำหรับเจ้าหน้าที่ / For Officer

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่พบความเสี่ยง สามารถเข้าจุดลงทะเบียนได้<br>No risk found, allow to enter the registration zone. | <input type="checkbox"/> พบความเสี่ยง เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ให้คำแนะนำ<br>Risk found, medical staff to provide recommendations. |
|--|---|

