

Screening Questionnaire COVID-19 Form

The Company processes this questionnaire to prevent the risks and spread of COVID-19 in the 2020 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	Name		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"/> Yes <input type="checkbox"/> No
2. มีน้ำมูก (Runny Nose)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
3. ไม่ได้กลิ่น (Loss of sense of smell)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
4. หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หรือ หายใจลำบาก (Shortness of breath or Difficulty breathing)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
5. ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ (Patient with pneumonia)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

3 ในช่วง 14 วัน มีประวัติอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ หรือไม่?
(During last 14 days, do you have any of the following history?)

1. สัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Contacted with confirmed COVID-19 case)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
2. ประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้องกับนักท่องเที่ยว สถานที่แออัด หรือ ติดต่อกับคนจำนวนมาก (Engaging in occupations related to tourists crowded place or in contact with many people)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Signature (ลายเซ็น)

4

For security officer / Authorized person

<input type="checkbox"/> No suspected, let the patient go to see doctor at medical facility/ the medical facilities where the Company specified in order to diagnose other diseases and strictly follow the doctor's orders	<input type="checkbox"/> Suspected of COVID-19
---	---