



แบบแสดงข้อมูลเพื่อการคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
ก่อนเข้าร่วมประชุมสามัญผู้ถือหุ้น ครั้งที่ 1/2564 ในวันศุกร์ที่ 30 เมษายน 2564

Health Declaration Form Before attending Annual General Shareholder's Meeting 1/2021 on Friday, April 30, 2021

ขอความร่วมมือท่านให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นความจริง เพื่อประโยชน์ในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
We would request for your cooperation to provide the accurate and truthful information for effective prevention of the COVID-19 outbreak.

ชื่อ-สกุล (Name-Surname) _____ โทรศัพท์ (Phone Number) _____

ผู้ถือหุ้น / Shareholder ผู้รับมอบฉันทะ / Proxy อื่นๆ (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 throats, Runny nose | <input type="checkbox"/> มี / Yes | <input type="checkbox"/> ไม่มี / No |
| 3. หายใจหอบ หายใจลำบาก / Shortness of breath, 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. สูญเสียความสามารถในการดมกลิ่นหรือรับรสชาติ / loss of smell or taste | <input type="checkbox"/> มี / Yes | <input type="checkbox"/> ไม่มี / No |

ท่านมีประวัติสัมผัสหรือใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรือผู้ที่มีต้องสงสัยว่าเป็นโรค COVID-19 หรือไม่

Have you been in physical contact with patients or person who is suspected to have COVID-19?

ใช่ / Yes ไม่ใช่ (No)

ท่านมีประวัติการเดินทางไปหรือกลับจากพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค COVID-19 ในช่วง 14 วันก่อนวันประชุมสามัญผู้ถือหุ้นหรือไม่

Have you traveled to or from any area with risk of COVID-19 infection during the past 14 days prior to the AGM?

ใช่ / Yes ไม่ใช่ (No)

หมายเหตุ / Remark:

หากปรากฏว่าท่านมีอาการ หรือมีประวัติเสี่ยงอย่างใดอย่างหนึ่งตามข้างต้น บริษัทขอให้ท่านมอบฉันทะแก่กรรมการอิสระของบริษัท ด้วยการกรอกและส่งหนังสือมอบฉันทะแบบ ข. ให้แก่เจ้าหน้าที่บริษัทแทนการเข้าประชุม และเดินทางกลับ พร้อมปฏิบัติตามคำแนะนำของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

If you have any of the symptoms or risks as mentioned above, we would like to kindly request for your cooperation in granting proxy to our independent director to attend the meeting on your behalf, by filling in the Proxy Form B and submit it to our staff. You may then return to your residence and follow the guidelines of the Department of Disease Control, Ministry of Public Health.