



**แบบสอบถามทางสุขภาพเพื่อการคัดกรองโรค COVID-19
ก่อนการเข้าร่วมประชุมสามัญผู้ถือหุ้นประจำปี 2565 ของบริษัทฯ**

ตามที่พบการระบาดของโรคติดต่อทางเดินหายใจจากเชื้อไวรัส COVID-19 บริษัทฯ มีมาตรการในการคัดกรองโรคเบื้องต้นด้วยแบบสอบถาม จึงขอความร่วมมือท่านในการให้ข้อมูลตามแบบสอบถามด้านล่างนี้

ชื่อและนามสกุล	
หมายเลขโทรศัพท์	

1. ท่านได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 มาแล้วกี่เข็ม *

ยังไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19
 1 เข็ม
 2 เข็ม
 มากกว่า 2 เข็ม

2. ท่านมีอาการเจ็บป่วยเหล่านี้ในช่วง 14 วันที่ผ่านมาหรือไม่ ? กรุณาวางกลมตามอาการที่ปรากฏ *

ใช่ / ไม่ใช่	ไข้ / หนาวสั่น
ใช่ / ไม่ใช่	หายใจเหนื่อย / หอบเหนื่อย / หายใจลำบาก
ใช่ / ไม่ใช่	ปวดเมื่อยตามตัว
ใช่ / ไม่ใช่	อาการไอแห้งๆ / ไอมีเสมหะ
ใช่ / ไม่ใช่	เจ็บคอ
ใช่ / ไม่ใช่	มีน้ำมูก

3. ท่านได้ใกล้ชิดติดกับผู้ติดเชื้อหรือผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในสถานพยาบาลหรือผู้ต้องสงสัยที่อยู่ภายใต้การตรวจสอบการติดเชื้อโรค COVID-19 หรือไม่ *

ความยินยอมเพื่อการเก็บ รวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้ารับทราบและยินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลสุขภาพที่กรอกในแบบสอบถามเพื่อการคัดกรองโรค COVID-19 ฉบับนี้ ตามแนวปฏิบัติในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ สำหรับการประชุมผู้ถือหุ้นตามแนบในหนังสือเชิญประชุมและปรากฏบน website บริษัทฯ www.tk.co.th เพื่อวัตถุประสงค์ในการคัดกรองโรค COVID-19 ตามหลักเกณฑ์ของกฎหมายและหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง รวมถึงรับทราบสิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลและช่องทางการติดต่อเพื่อดำเนินการตามสิทธิตามรายละเอียดที่ปรากฏในแนวปฏิบัติดังกล่าวด้วย

ลายเซ็น _____ วันที่ _____