



แบบสอบถามเพื่อคัดกรองผู้สงสัยว่าอาจติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับการประชุมสามัญผู้ถือหุ้นประจำปี 2563
(COVID-19 Self-Declaration Form for the 2020 Annual General Meeting of Shareholders)

บริษัทขอความร่วมมือท่านโปรดให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นความจริง

We would like to ask for your kind-cooperation in providing the most accurate and true statement.

ชื่อ-สกุล หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่.....
Name-Surname Mobile phone number

ในฐานะเป็น/ as ผู้ถือหุ้น/ Shareholder ผู้รับมอบฉันทะ/ Proxy ผู้ติดตาม/ Companion

ในปัจจุบันคุณมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้หรือไม่ โปรดระบุ

Do you currently have any of the following symptoms? please tick all that apply:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 1. มีไข้ $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ / Have a fever $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ | <input type="checkbox"/> ใช่/ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่/ No |
| 2. ไอ เจ็บคอ/ Cough, sore throat | <input type="checkbox"/> ใช่/ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่/ No |
| 3. มีน้ำมูก/ Runny nose | <input type="checkbox"/> ใช่/ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่/ No |
| 4. หายใจเหนื่อย หรือ หายใจลำบาก/ Shortness of breath or difficulty breathing | <input type="checkbox"/> ใช่/ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่/ No |
| 5. คุณมีอาการใดๆ ที่จะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของคุณอ่อนแอลง | <input type="checkbox"/> ใช่/ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่/ No |
- Do you have any existing condition which weakens your immune system?

ในช่วง 14 วันที่ผ่านมาคุณเดินทางไปต่างประเทศหรือไม่ ? โปรดระบุ

During last 14 days, have you travelled abroad? please specify:

ใช่ (โปรดระบุประเทศ)/ Yes (please specify) ไม่ใช่/ No

ในช่วง 14 วันที่ผ่านมา คุณได้สัมผัสใกล้ชิดกับคนที่มาจากพื้นที่ที่มีรายงานการระบาดของไวรัส COVID-19 หรือมีประวัติใกล้ชิดหรือสัมผัสกับผู้ป่วยเข้าข่าย หรือยืนยันการติดเชื้อไวรัส COVID-19 หรือไม่

During last 14 days, have you close contacted with those who came back from the area affected by the outbreaks of COVID-19 or history of close contact with a confirmed case of COVID-19 infection?

ใช่/ Yes ไม่ใช่/ No

ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อความข้างต้นถูกต้องและเป็นความจริง

I confirm that information given above is true and correct.

ลงชื่อ (Signature)

หมายเหตุ: หากท่านมีไข้ ($\geq 37.5^{\circ}\text{C}$) หรือมีอาการอย่างหนึ่งอย่างใดตามที่ระบุไว้ข้างต้นหรือมีประวัติเดินทางมาจากต่างประเทศหรือพื้นที่ที่มีการระบาดของ COVID-19 หรือมีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยในช่วง 14 วันที่ผ่านมา บริษัทขอสงวนสิทธิ์ไม่อนุญาตให้ท่านเข้าร่วมประชุม และขอความกรุณามอบฉันทะให้กรรมการอิสระของบริษัท โดยใช้หนังสือมอบฉันทะแบบ ข.

Remark: If you have a fever ($\geq 37.5^{\circ}\text{C}$); or any symptoms indicated above; or travelled/ transited from any countries or the COVID-19 outbreak areas; or have been in contact with suspected COVID-19 patients within the past 14 days, the Company reserves the right to refuse the entry to the meeting area and would like to ask for your cooperation to grant a proxy to an independent director to attend the meeting on your behalf, by filling the Proxy Form B.