

แบบคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)

ก่อนเข้าร่วมประชุมสามัญผู้ถือหุ้น ประจำปี 2564 ของบริษัท จี เจ สตีล จำกัด (มหาชน)

Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Screening Form

prior attending to the 2021 Annual General Meeting of Shareholders, G J Steel Public Company Limited

บริษัทขอความร่วมมือจากท่านให้ข้อมูลที่ถูกต้องตามความเป็นจริง

เพื่อประโยชน์ในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

The Company would like to ask for your kind cooperation in providing the most accurate and truthful medical statement for effective prevention of the spreading of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19).

ชื่อ - ชื่อสกุล	หมายเลขโทรศัพท์		
(Name-Surname)	(Mobile Phone Number)		
1. ท่านมีไข้หรือไม่? ( $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ ) Do you have a fever? ( $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ )		<input type="checkbox"/> ใช่ (Yes)	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (No)
2. ท่านมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่? Do you have any of these symptoms?			
- ไอ (Cough)		<input type="checkbox"/> ใช่ (Yes)	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (No)
- เจ็บคอ (Sore throats)		<input type="checkbox"/> ใช่ (Yes)	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (No)
- น้ำมูกไหล (Runny nose)		<input type="checkbox"/> ใช่ (Yes)	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (No)
- หายใจหอบ (Shortness of Breath)		<input type="checkbox"/> ใช่ (Yes)	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (No)
- ไม่ได้กลิ่น หรือลิ้นไม่รับรส (Loss of sense of smell or taste)		<input type="checkbox"/> ใช่ (Yes)	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (No)
- ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ (Patient with pneumonia)		<input type="checkbox"/> ใช่ (Yes)	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (No)
3. ในช่วง 14 วัน มีประวัติอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้หรือไม่?			
During last 14 days, do you have any of the following history?			
- สัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)		<input type="checkbox"/> ใช่ (Yes)	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (No)
Contacted with confirmed COVID-19 case.			
- ทำงานในสถานกักกันโรค หรือเป็นบุคลากรทางการแพทย์ผู้ตรวจรักษาผู้ต้องสงสัยว่าเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)		<input type="checkbox"/> ใช่ (Yes)	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (No)
Worked in a quarantine facility or medical personnel who examines suspected of having COVID-19.			
- เดินทางไป หรือพักอาศัยในพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด		<input type="checkbox"/> ใช่ (Yes)	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (No)
Traveled to or resided in Maximum Control Areas.			
- เดินทางไปในสถานที่ชุมนุมชน หรือสถานที่ที่มีการรวมกลุ่มคน เช่น ตลาดนัด		<input type="checkbox"/> ใช่ (Yes)	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (No)
ห้างสรรพสินค้า สถานพยาบาล หรือขนส่งสาธารณะ ที่มีการพบผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา			
Going to a public space or place where people are gathered such as flea market, department store, health facility or public transportation which there have been confirmed cases of COVID-19 in the past 1 month.			
โปรดระบุชื่อสถานที่: .....			
Please specific place's name: .....			

**หมายเหตุ:** หากพบว่าท่านมีไข้ ( $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ ) หรือมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือมีประวัติตามที่บริษัทระบุไว้ข้างต้น บริษัทขอให้ท่านมอบฉันทะแก่กรรมการอิสระของบริษัท ด้วยการกรอกและส่งหนังสือมอบฉันทะให้แก่เจ้าหน้าที่แทนการเข้าร่วมประชุม และเดินทางกลับพร้อมปฏิบัติตามคำแนะนำของกองควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข

**Remarks:** If you have a fever ( $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ ), or any symptoms or history which indicates above, the Company would like to kindly ask for your cooperation in giving proxy to an independent director to attend the meeting on your behalf, by filling the Proxy and submit to the Company's staff. Then you may then return safely to your resident and follow; the guideline of the Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand.

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริง

I confirm that information given above is true.

ลายเซ็น (Signature)