

แบบฟอร์มคัดกรองความเสี่ยงโรคระบาด COVID-19 (COVID-19 Risk screening form)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้มาติดต่อ (Visitor's)

อุณหภูมิ.....องศา/Temperature scan

ชื่อ-นามสกุล (Name-Surname) วันที่ (Date).....เวลา (Time).....
 ชื่อบริษัท (Company's name) เบอร์โทร (Tel.no).....
 มาจากอำเภอ/เขต (District) จังหวัด (Province).....
 ผู้ที่ต้องการติดต่อ (Contact person)..... แผนก (Section).....

ส่วนที่ 2 วัตถุประสงค์การติดต่อ (Purpose of visiting)

2.1 วัตถุประสงค์การขอเข้าพื้นที่ (Purpose) เพื่อ..... 2.2 สถานที่ติดต่อ (Place) พร้อมแนบเอกสารการตรวจคัดกรอง (Covid Screening)
<input type="checkbox"/> หน้าป้อมรปภ. (Security Guard)
<input type="radio"/> แบบฟอร์มคัดกรองความเสี่ยง (COVID-19 Risk screening form)
<input type="checkbox"/> พื้นที่ผู้มาติดต่อส่งสินค้า (Supplier Zone/ลานโหลด DL,MC,TP) **ผลตรวจคัดกรองต้องไม่เกิน 7 วัน (Result no later than 7 days)**
<input type="radio"/> ผลตรวจหาเชื้อโควิด (Covid Test) <input type="radio"/> ATK <input type="radio"/> PCR วันที่(Date)..... ผล(Result)..... <input type="radio"/> หรือได้รับวัคซีน (Vaccinated)..... เข็มที่..... วันที่รับ.....
<input type="checkbox"/> ภายในอาคารโรงงาน (Inside Factory) **ผลตรวจคัดกรองต้องไม่เกิน 72 ชั่วโมง (Result no later than 72 Hrs)** รับรองโดยสถานพยาบาลเท่านั้น
<input type="radio"/> ผลตรวจหาเชื้อโควิด (Covid Test) <input type="radio"/> ATK <input type="radio"/> PCR วันที่(Date)..... ผล(Result)..... <input type="radio"/> หรือสวมชุดป้องกันส่วนบุคคล (PPE Clothing) **กรณีไม่มีผลการตรวจหาเชื้อโควิด**

ส่วนที่ 3 ผู้ขอเข้าพื้นที่โรงงาน แจ้งรายงานตนเอง (Self declaration for Visitor/ Supplier)

3.1 หากคุณมีอาการดังต่อไปนี้ กรุณาทำเครื่องหมายในช่องที่เกี่ยวข้อง (Check if you have the following symptoms) <input type="checkbox"/> มีไข้ (Fever $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$) <input type="checkbox"/> ไอแห้ง (Dry cough) <input type="checkbox"/> เจ็บคอ (Sore throat) <input type="checkbox"/> น้ำมูก (Runny nose) <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการผิดปกติ (No Symptoms) <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (others) ระบุ.....
3.2 คุณมีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย COVID-19 ที่ยืนยันผลแล้วในช่วง 14 วันที่ผ่านมาหรือไม่ Have you ever contacted a confirmed COVID-19 patient in the past 14 days? <input type="checkbox"/> ใช่ (Yes, I have) <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (No, I have not)
3.3 คุณเคยเดินทางไปต่างประเทศ / ต่างจังหวัดหรือพื้นที่เสี่ยงตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ในช่วง 14 วันที่ผ่านมาหรือไม่ Have you ever traveled to a risky country / city / risk area as announced by the Ministry of Public Health during the past 14 days? <input type="checkbox"/> ใช่ (Yes, I've gone to) <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (No, I've not)
โปรดระบุ ประเทศ / จังหวัด / เมือง / พื้นที่เสี่ยง (If Yes ,please notify the name of Province / Country / City or risky area)

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจพบข้อมูลเป็นเท็จหรือผู้เข้ามาติดต่อ "ติดเชื้อ" ในวันดังกล่าว ทางผู้ขาย ยินยอมให้ยกเลิกการสั่งซื้อทันทีและจะรับผิดชอบความเสียหายทั้งหมดที่เกิดขึ้นให้แก่บริษัทฯ

I hereby certify that the above information is true in all respects. If false information is detected or visitor's with "infected" The company will allow Cancel the order immediately and take responsibility for all damages incurred.

ลงชื่อ ผู้จัดการ / ผู้มีอำนาจลงนาม.....ลงชื่อ ผู้เข้ามาติดต่อ..... วันที่ให้ข้อมูล.....
 (Manager 's signature) (Requestor 's signature) (Informational date)

<input type="checkbox"/> ผู้อนุมัติ <input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ปฏิเสธ (Considered by Mgr.) (Approve) (Reject) ลงชื่อผู้อนุมัติ..... <p style="text-align: center;">Section Mgr.</p>	<input type="checkbox"/> ผู้อนุมัติ <input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ปฏิเสธ (Considered by Mgr.) (Approve) (Reject) ลงชื่อผู้อนุมัติ..... <p style="text-align: center;">HR Mgr.</p>
---	--