

FORM 1.3: HEALTH DECLARATION-CONTRACTOR

ข้อมูลผู้ติดต่อ (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบด้วน)													
ชื่อ-สกุล ผู้ควบคุบผู้รับเหบา : กฤษดี สาเทวิน						บริษัก: จีอินโนเวชั่น จำกัด							
ประเทท : นุคคลภายนอก/พบปะ/ประชุน 🗖 อื่นๆ :						nลุ่มผู้รับเหนาโครงการ : มีบัตรอบุญาตผ่านเข้า-ออก (access card) 🛮 มี 🔲 ไม่มี							
รายละเอียดติดต่อผู้ควบคุมผู้รับเหบา มือถือ: E-Ma						: วันที่ต้องการพ้าพน (dd/mm/yy):							
ซ่องทางผ่าน/สทานที่พน 🔲 EBC 🔲 TLB 🔲 TPX 🖫 Lorry 🔲 TSB 🔲 New LAB 🔲 TOP Gate 14 🔲 TOP Gate 17 🔲 TLB Gate 1 🔲 TPX Gate 1 🔲 Phubai 🔲 อื่นๆ (โปรดระบุ)													
จุดที่เข้าพน (ระบุอย่างละเอียด) :						วัตถุประสงค์ในการเข้าพื้นที่ :							
ชื่อ-สกุล ผู้ติดต่อไกยออยล์ : คุณรัชพล เรือนปิงวัง					แผนท/ฝ่าย:								
Description													
1) ท่านเคยเดินทางไปต่างประเทศ หรือ สถานที่ที่พมผู้ป่วยคิดเชื้อ ที่ทรบควบคุบ โรคกำหนดในจังหวัดต่างๆ" ในช่วง 14 วันที่ผ่าบนา หรือไม่? โปรดระบุสถานที่		2) ท่านเคยติดต่อกับบุคคลใดที่เข้าข่ายหรือ สงสัยว่าเป็นโรคปอดอักเสนจากการติด เชื้อฯ (COVID-19) ในช่วง 14 วันที่ผ่าน บาหรือไม่? เช่น เข้าพบปะ ดูแล อาศัยอยู่ ด้วยกับ หรือมีความเป็นไปได้ที่จะได้รับการ สัมผัสบุคคลที่เป็นโรคฯ		3) ญาติหรือผู้ใกล้ชิดของท่านเคยเดินทางไป ต่างประเทศ หรือ สถาบที่ที่พนผู้ป่วยติด เชื้อ ที่ทรนควบคุนโรคทำหนดในจังหวิด ต่างๆ ในช่วง 14 วันที่ผ่านมา หรือไม่? โปรดระบุสถาบที่		4) ท่านมีโข้ (อุณหทูมิร่างกายสูงกว่า 37.5) กายใน 48 ชั่วโนงที่ผ่านนาหรือไม่?		5) ท่านมีอาการของระบนกางเดิมหายใจ (เช่น ไอ น้ำบูกไหล เจ็บคอ หรือ หายใจลำบาท) ใบ 48 ชั่วโบงที่ผ่านบาหรือไม่?					
	ਰਿ	ไม่ใช่	ੀਂ ਹੋ	ไเ	ม์ใช่	ੀ ਰੱ		ไม่ใช่	ੀਰਾਂ	ไม่ใช่	ੀਰਂ	ไม่ใช่	
1. นายกฤษดี สาเทวิน		✓			✓			✓		✓		✓	
2.													
3.													
5.				_				-				(·	
6.													
7.		<u> </u>	-										
8.				-									
9.													
หากท่านตอบคำถามว่า "ใช่" ในข้อใดข้อหนึ่งหรือทุกข้อ บริษัทฯ อาจพิจารณาไม่ให้เข้าพื้นที่ปฏิบัติงานของบริษัทฯ ด้วยกระกรวงสาธารณสุข ได้ประกาศให้ "โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)" เป็นโรคติดต่ออันตรายตานพระราชบัญญัติ							 ✓ ข้าพาจ้างอยืนยินว่าคำตอบข้างตันเป็นจริงและถูกต้อง กรุณาส่งแบบฟอร์บที่กรอกและลงนามเรียนร้อยแล้วให้กับผู้คิดต่อไทยออยล์ ชื่อ-นามสกุล: 						
โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มีบาคบ 2563 เป็นตับ ส่งผลให้ นริษัทฯ มีหน้าที่ตาบ บาตรา 31 ต้องแจ้งข้อมูลต่อเจ้าพนั๊ทงาบ ควบคุมโรคติดต่อ ในทรณีที่พนผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคฯ เกิดขึ้นในสถานประกอนการ จึงขอควานกรุณากรอกแบบฟอร์มพร้อมทั้ง ลงบาบ ส่งกลับบายังผู้ติดต่อไทยออยล์							ตัวบรรจง (นายกฤษดี สาเทวิน ตัวบรรจง () ยืบยับข้อมูลโดยผู้ควบคุบผู้รับเหบา ยอบรับโดย Thaioil Host Date : 24 / 11 / 21 Date : / /						
ขอบคุณสำหรับควาบร่วนมือของท่าน I Thai Oil Public Company Limited							ชื่อ-มานสกุล: ตัวบรรจง () อบุมัติโดย Thaioil Host Section Head ขึ้นไป Date : / /						