



ต้นฉบับ

วันที่ 18 ธันวาคม 2563

เรื่อง ข้อปฏิบัติสำหรับผู้เข้ามาติดต่อ

เรียน ตัวแทนจำหน่ายและรถขนส่ง

สืบเนื่องสถานการณ์Covid19มีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วเพื่อป้องกันการระบาด

ผู้ที่มาส่งของและรับสินค้ากับทางบริษัทโอบริสท์(ประเทศไทย)จำกัดจึงขอความกรุณาให้ปฏิบัติตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

ข้อปฏิบัติสำหรับผู้เข้ามาติดต่อ

- 1) ผู้ที่มาติดต่อทุกคนจะต้องกรอกแบบสำรวจข้อมูลเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ Covid -19 ก่อนเข้าบริษัท โอบริสท์ (ประเทศไทย) จำกัด ทุกครั้งโดยรับรองจากต้นสังกัด
- 2) ต้องสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งก่อนเข้ามาติดต่องานที่บริษัทฯ และ ตลอดเวลาที่อยู่ในบริเวณบริษัทฯ
- 3) ต้องทำความสะอาดมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ที่เตรียมไว้ก่อนติดต่อเจ้าหน้าที่
- 4) ก่อนเข้ามาติดต่อจะต้องได้วัคซีนภูมิจากทางบริษัท โอบริสท์ (ประเทศไทย) จำกัด ทุกครั้ง

หากพบผู้จำหน่ายหรือรถขนส่งรายใดไม่ปฏิบัติตามที่กำหนดข้างต้นนี้บริษัทฯ จะไม่อนุญาตให้เข้ามาในโรงงานเด็ดขาด

จึงแจ้งมาเพื่อทราบและโปรดปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด

รับทราบโดย.....

บริษัทฯ... สาลิ สกลรัตน์ สวัสดิ์ (มหาชน)

Obrist (Thailand) Co.,Ltd.

978 Bangpoo Industrial Estate, Moo 4, Tambol Preaksa, Amphur Muangsamutprakarn, Samutprakarn 10280, Thailand.

Tel: (66)2709 4999 Fax: (66)2710 6372

Tax ID No: 0105548130047 Branch No. Head Office

แบบสำรวจข้อมูลเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 วันที่

หมายเหตุ โปรดทำเครื่องหมายและกรอกรายละเอียดของข้อมูลตามที่เป็นจริง

ชื่อ-นามสกุลของท่าน : อายุของท่าน (ปี) :

หน่วยงาน : ฝ่าย/แผนก :

จังหวัดที่ท่านอาศัยอยู่ปัจจุบัน : อำเภอที่ :

สถานที่ใกล้เคียงที่พักอาศัยของท่าน :

ข้อที่ 1 : ท่านเดินทางหรืออยู่อาศัยในประเทศ หรือ พื้นที่ที่มีรายงานการระบาดของโรค COVID-19 ในช่วง 14 วันที่ผ่านมาหรือไม่

☐ ใช่, ประเทศ/พื้นที่..... ☐ ไม่ใช่

ข้อที่ 2 : ท่านเป็นผู้ที่ประกอบอาชีพที่สัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยวต่างชาติหรือไม่

(สัมผัสใกล้ชิด หมายถึง ได้สนทนากันในระยะน้อยกว่า 1 เมตร และนานมากกว่า 5 นาที หรือถูกไอ/จามใส่โดยไม่มีการป้องกันเช่นใส่ mask)

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ข้อที่ 3 : มีประวัติใกล้ชิด หรือ สัมผัสกับผู้ป่วยเข้าข่าย หรือ ยืนยันโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 หรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ข้อที่ 4 : มีผู้ที่อยู่อาศัยร่วมที่พักของท่านเดินทางกลับมาจากพื้นที่ที่มีรายงานการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 หรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ข้อที่ 5 : ท่านปฏิบัติงานใกล้ชิด หรือ สัมผัสกับผู้ป่วยที่อาจจะเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค COVID-19 หรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ข้อที่ 6 : มีประวัติไปแหล่งระบาดในประเทศไทย เช่น สนามมวย ห้างสรรพสินค้า ร้านอาหาร สถานบันเทิง หรือสถานที่ที่มีรายงานคนติดเชื้อ COVID-19

☐ ใช่, สถานที่ที่ได้ไปมา..... ☐ ไม่ใช่

ข้อที่ 7 : ในสถานที่ที่ท่านไปประจำ คนที่สนิทใกล้ชิดกับท่าน มีอาการ ไข้ ไอ น้ำมูก เสมหะ มากกว่า 5 คน พร้อมๆกัน ในช่วงเวลาภายในสัปดาห์หรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ท่านมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ (หากไม่มีอาการไม่ต้องกดยี่ห้อใดๆ)

☐ มีไข้ ☐ ไอ ☐ มีน้ำมูก ☐ เจ็บคอ ☐ หายใจลำบาก ☐ หอบเหนื่อย

***** ขอขอบคุณความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามของท่านมา ณ ที่นี้ *****

.....
การพิจารณาของเจ้าหน้าที่คัดกรอง

☐ สามารถเข้าพื้นที่ปฏิบัติงานได้ ☐ ไม่สามารถเข้าพื้นที่ปฏิบัติงานได้

หมายเหตุเพิ่มเติม :

.....

.....

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่คัดกรอง