**แบบประเมินความเสี่ยงในการทำงาน  
และสิทธิประโยชน์ของแรงงานนอกระบบในชุมชน**

**ข้อมูลทั่วไป**

1. \* ชื่อ-นามสกุล.......................................................................................................................
2. \* เลขบัตรประจำตัวประชาชน...............................................................................................
3. \* วัน/เดือน/ปีเกิด..........................อายุ..................ปี
4. \* เพศ [ ] ชาย [ ] หญิง
5. \* สถานภาพสมรส [ ] โสด [ ] คู่ [ ] หม้าย แยก หย่าร้าง
6. \* ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..............หมู่ที่................ ถนน...............................................ตำบล.....................อำเภอ............................จังหวัด.......................................โทรศัพท์ ....................................................
7. อีเมลล์ (ถ้ามี).............................................................................
8. \* ระดับการศึกษา

[ ] ไม่ได้เรียน [ ] มัธยมศึกษาตอนปลาย อาชีวศึกษา หรือเทียบเท่า

[ ] ประถมศึกษา [ ] ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

[ ] มัธยมศึกษาตอนต้น

1. \* สภาวะสุขภาพ [ ] 1 ปกติ/แข็งแรงดี [ ] 2 พิการ [ ] 3 ทุพพลภาพ

\* *กรณีพิการ* ระบุความพิการ........................................................................................

(1) พิการทางการมองเห็น

(2) พิการทางการได้ยิน

(3) พิการด้านการสื่อความหมาย

(4) พิการทางการเคลื่อนไหว

(5) ความพิการทางร่างกาย

(6) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

(7) ความพิการทางสติปัญญา

กรอกเลขบัตรคนพิการ ........................................................................

**ข้อมูลการประกอบอาชีพ**

1. \* ท่านว่างงานหรือไม่

🗆 ว่างงาน 🗆 มีงานทำ

1. \* อาชีพหลัก...............................................................🗆 ลูกจ้าง 🗆 นายจ้าง
2. ประกอบอาชีพนี้มานาน......................ปี................เดือน
3. ท่านใช้เวลาในการทำงาน......................ชั่วโมง/วัน
4. \* อาชีพรอง [ ] ไม่มี [ ] 2.มี ได้แก่ .................................... ชั่วโมง/ครั้ง ..........ครั้ง/สัปดาห์
5. \* รับงานไปทำที่บ้าน [ ] ไม่ทำ [ ] ทำ ได้แก่ ............................ ชั่วโมง/ครั้ง ..........ครั้ง/สัปดาห์
6. \* รายได้เฉลี่ยต่อเดือน..........................บาท

**ความเสี่ยงด้านการยศาสตร์**

1. \* ส่วนใหญ่ท่านใช้ท่าทางใดในการทำงาน

[ ] 1. นั่งติดต่อกันเป็นเวลานาน [ ] 2. ยืนติดต่อกันเป็นเวลานาน

[ ] 3. นั่งสลับยืน [ ] 4. ก้มๆ เงยๆ

[ ] 5. อื่นๆ ระบุ ………………….…….

1. \* งานที่ท่านทำมีลักษณะดังต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

[ ] ทำงานในท่าเดิมซ้ำๆ มากกว่า 3 ชั่วโมง / วัน (ยืน/เอียง/นั่ง/คุกเข่า)

[ ] เอียงหรือหมุนตัวผิดท่าทาง

[ ] ถือ ยก ลาก เข็น หรือ เคลื่อนย้ายสิ่งของที่มีน้ำหนักมาก....................กิโลกรัม/ครั้ง

[ ] มีเวลาพักระหว่างการทำงาน

[ ] ทำงานนานเกินไป และไม่มีเวลาที่แน่นอน

[ ] ทำงานในขณะที่ร่างกายบาดเจ็บ/ปวด

[ ] ทำงานในลักษณะที่ต้องเอื้อมหยิบของ

[ ] มีวิธีการป้องกัน/อบรมไม่เพียงพอ

[ ] ทำงานที่เกินขีดจำกัดร่างกาย

[ ] ต้องเพ่งสายตาเป็นเวลานาน

1. ขณะทำงานท่านเคลื่อนไหวอวัยวะใดซ้ำๆ ในท่าเดิม มากกว่า 3 ชั่วโมง/วัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

[ ] 1. ศีรษะ และคอ [ ] 2.ไหล่ [ ] 3. แขน ต้นแขน

[ ] 4.มือและนิ้วมือ [ ] 5. ลำตัวและหลัง [ ] 6. ขาและเท้า

1. \* โปรดระบุท่าทางการทำงานที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพของท่าน

3.1 ...........................................................................

3.2............................................................................

3.3............................................................................

1. ท่านทำงานล่วงเวลาหรือไม่

[ ] ไม่ [ ] มี .............. ชั่วโมง/ครั้ง ..........ครั้ง/สัปดาห์

**ข้อมูลด้านสิทธิประโยชน์** \*

1. ท่านได้รับสิทธิประโยชน์ของภาครัฐหรือไม่

( ) ไม่ได้รับ

( ) ได้รับ

( ) ผู้ประกันตน ม.39

( ) ผู้ประกันตน ม.40

( ) เบี้ยความพิการ

( ) เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

( ) อื่นๆ ระบุ........................................................................

1. ท่านเป็นสมาชิกกลุ่มอาชีพต่าง ๆ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) ไม่เป็น

( ) เป็น

( ) OTOP

( ) วิสาหกิจชุมชน

( ) กลุ่มเกษตรกรปลูกพืช

( ) กลุ่มเกษตรกรเลี้ยงสัตว์

( ) กลุ่มเกษตรกรทำประมงน้ำจืด

( ) กลุ่มเกษตรกรทำประมงทะเล

( ) กลุ่มเกษตรกรเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำ

( ) กลุ่มอาชีพจากการดำเนินงานกระทรวงแรงงาน ระบุ...............................................

( ) กลุ่มอาชีพอื่นๆ ระบุ........................................................

1. ท่านเป็นสมาชิกกองทุนต่างๆ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) ไม่เป็น

( ) เป็น

( ) กลุ่มสัจจะ/ออมทรัพย์

( ) กองทุนหมู่บ้าน

( ) กองทุนการออมแห่งชาติ (กอช.)

( ) กองทุนเพื่อผู้รับงานไปทำที่บ้าน

( ) การทำประกันชีวิต

( ) อื่นๆ ระบุ.......................................................

1. ความรู้ความสามารถเฉพาะด้านอาชีพ ระบุ............................................................................
2. ท่านเคยใช้บริการจากหน่วยงานสังกัดกระทรวงแรงงาน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) 0 ไม่เคย

( ) 1 เคย

( ) สนง. แรงงานจังหวัด/ศูนย์บริการร่วมกระทรวงแรงงาน

( ) สนง. จัดหางานจังหวัด/ศูนย์ข่าว

( ) สนง. สวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด/ศูนย์ความปลอดภัยในการทำงาน

( ) สนง. ประกันสังคมจังหวัด/ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน

( ) ศูนย์/สถาบันพัฒนาฝีมือแรงงานจังหวัด

1. ท่านมีปัญหาด้านแรงงานหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (มี ตอบ 1 , ไม่มี ตอบ 0)

( ) 0 ไม่มี

( ) 1 มี

( ) ไม่มีงานทำอย่างต่อเนื่อง

( ) รายได้ไม่เพียงพอ

( ) ขาดทักษะฝีมือ

( ) ทักษะฝีมือทั่วไป

( ) ทักษะด้านเทคโนโลยี & นวัตกรรม

( ) การรวมกลุ่มอาชีพ

( ) ไม่มีความปลอดภัยในการทำงาน

( ) ไม่รู้สิทธิด้านกฎหมาย

( ) อื่นๆ ระบุ...................................................................................................

1. ท่านมีความต้องการรับบริการจากภาครัฐ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) 0 ไม่ต้องการ

( ) 1 ต้องการ

( ) หางานทำ

( ) ในประเทศ

( ) ต่างประเทศ

( ) อาชีพเสริม

( ) พัฒนาทักษะฝีมือ

( ) ทักษะฝีมือทั่วไป (ระบุ)........................................................

( ) ทักษะด้านเทคโนโลยี&นวัตกรรม (ระบุ)......................................................

( ) รวมกลุ่มอาชีพ

( ) ความคุ้มครองความปลอดภัยในการทำงาน

( ) ความรู้ด้านกฎหมายแรงงาน

( ) อื่นๆ (ระบุ)..............................................................

**ข้อมูลสวัสดิการ**

1. ท่านมีความคุ้มครอง สำหรับตนเองใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) \*

ประกันสังคมตามมาตรา 40 กองทุนการออมแห่งชาติ

สัจจะออมทรัพย์ ฌาปนกิจสงเคราะห์

ประกันชีวิต อื่นๆ ระบุ..............................................................

2. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ ในการสื่อสารให้แรงงานนอกระบบ ได้รับความคุ้มครองประกันสังคม

เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ

3. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ ถ้าหากจะขยายอายุคนที่จะสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 จากเดิมอายุ 15-60 ปีบริบูรณ์ ขยายเป็นอายุ 15-65 ปีบริบูรณ์

เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ

4. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ หากจะมีระบบเทคโนโลยี ที่ให้บริการแรงงานนอกระบบในการขึ้นทะเบียน/จ่ายเงินสมทบ สำหรับผู้ประกันตนตามมาตรา 40

เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ

5. การให้ความรู้เกี่ยวกับความคุ้มครองประกันสังคมตามมาตรา 40 ท่านสนใจได้รับความรู้ในเรื่องใด   
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

การขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40

การจ่ายเงินสมทบตามมาตรา 40

การรับประโยชน์ทดแทนตามมาตรา 40

การสร้างเครือข่าย

การส่งเสริม ประชาสัมพันธ์ ทำความเข้าใจ กับระบบแรงงานนอกระบบ

อื่นๆ.........................................................................................................

**ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ**

ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ \*

( ) ไม่มี

( ) มี

( ) ความดันโลหิตสูง ( ) เบาหวาน

( ) หอบหืด ( ) ภูมิแพ้

( ) มะเร็ง....................... ( ) หลอดเลือดหัวใจ

( ) หลอดเลือดสมอง ( ) ไขมันในเลือดสูง

( ) โรคกระเพาะอาหาร ( ) อื่นๆ ระบุ.......................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ**\* | **ไม่มี** | **มี** |
| สูบบุหรี่ | 🞎 | 🞎 |
| ดื่มหล้า | 🞎 | 🞎 |
| ตรวจสุขภาพประจำปี/ตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงอย่างน้อยปีละครั้ง | 🞎 | 🞎 |
| ตรวจสอบสุขภาพของตนเองก่อนทำงานทุกครั้ง | 🞎 | 🞎 |
| ท่านมีชุดความรู้ในการดูแลสุขภาพขณะทำงาน | 🞎 | 🞎 |
| ท่านมีชุดความรู้ในการดูแลสุขภาพหลังทำงาน | 🞎 | 🞎 |

**ความเสี่ยงจากการทำงาน** \* (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ในการทำงานคุณมีปัญหาต้องเจอกับ**สิ่งอันตรายใดๆ**ต่อไปนี้หรือไม่

| **ความเสี่ยงจากการทำงาน** | **ไม่มี** | **มี** |
| --- | --- | --- |
| **ด้านกายภาพ** |  |  |
| เสียงดัง | 🞎 | 🞎 |
| แสงสว่าง (แสงจ้า/แสงสว่างไม่เพียงพอ) | 🞎 | 🞎 |
| มีความสั่นสะเทือน (มีการใช้เครื่องเจาะ) | 🞎 | 🞎 |
| การถูกทำอันตรายจากความร้อน ไฟลวก หรือไฟฟ้าดูด | 🞎 | 🞎 |
| รังสีอันตราย | 🞎 | 🞎 |
| ทำงานในที่แออัด รู้สึกอึดอัด ระบบระบายอากาศไม่ดี | 🞎 | 🞎 |
| อากาศร้อน หรือเย็นเกินไป | 🞎 | 🞎 |
| อยู่ในที่อับทึบ ชื้น | 🞎 | 🞎 |
| **สิ่งคุกคามทางชีวภาพ** |  |  |
| การติดเชื้อโรคจากงาน **(**มีผู้ที่เป็นวัณโรค/ไข้หวัดใหญ่ในที่ทำงาน**)** | 🞎 | 🞎 |
| **สิ่งคุกคามทางเคมี** |  |  |
| สารเคมีอันตราย หรือสารพิษ | 🞎 | 🞎 |
| ฝุ่นละออง | 🞎 | 🞎 |
| ฝุ่นหิน | 🞎 | 🞎 |
| ควัน | 🞎 | 🞎 |
| ฟูม หรือเส้นใย | 🞎 | 🞎 |
| มลพิษจากการจราจร | 🞎 | 🞎 |
| **การเกิดอุบัติเหตุ/สภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย** |  |  |
| การใช้อุปกรณ์/เครื่องมือที่แหลม/คม เช่น ค้อนเหล็กเจาะ เหล็กลิ่ม | 🞎 | 🞎 |
| การใช้เครื่องจักรกล เช่น เครื่องเจียระไนหิน | 🞎 | 🞎 |
| การใช้ยานพาหนะ /รถเฉี่ยวชน | 🞎 | 🞎 |
| การทำงานในที่สูง | 🞎 | 🞎 |
| การทำงานในที่คับแคบ | 🞎 | 🞎 |
| ทำงานบนพื้นที่มีสภาพลื่น | 🞎 | 🞎 |
| การทำงานกับสิ่งของร้อน | 🞎 | 🞎 |
| บริเวณงานสกปรก /รกรุงรัง /ไม่มีระเบียบ | 🞎 | 🞎 |
| เศษหินกระเด็นใส่ร่างกาย | 🞎 | 🞎 |
| **การเกิดอัคคีภัย/ภัยพิบัติ** |  |  |
| ทำงานกับเครื่องกำเนิดไฟฟ้า | 🞎 | 🞎 |
| ทำงานเกี่ยวกับไฟฟ้า/ ใช้อุปกรณ์/เครื่องมือไฟฟ้า | 🞎 | 🞎 |
| ทำงานกับหม้อไฟน้ำ | 🞎 | 🞎 |
| เก็บวัตถุไวไฟ เช่น ถังแก๊ส | 🞎 | 🞎 |
| ใช้สารเคมี/ก๊าซที่ติดไฟง่าย | 🞎 | 🞎 |
| **สิ่งคุกคามทางอารมณ์ /สังคม** |  |  |
| ความเครียด | 🞎 | 🞎 |
| การถูกทำร้ายทางจิตใจ เช่น ถูกดุด่า ถูกลวนลามทางเพศฯ | 🞎 | 🞎 |
| การถูกทำร้ายทางกาย เช่น เสี่ยงต่อการถูกปล้น จี้ ทุบตี ยิง | 🞎 | 🞎 |

**การสำรวจอาการ ความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ**

1. \* ท่านรู้สึกเมื่อยล้าหลังเลิกงานบ่อยหรือไม่  
   [ ] ไม่เคยเลย [ ] เป็นบางครั้ง [ ] เป็นบ่อย ๆ [ ] เป็นประจำ
2. \* ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ท่านมีอาการเจ็บปวด หรือไม่สบายตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายหรือไม่   
    [ ] ไม่เคยเลย [ ] เป็น
3. \* ประเมินอาการเจ็บปวดโครงร่างกระดูกกล้ามเนื้อระหว่างทำงานหรือเลิกงานในรอบ 1 ปี โปรดให้คะแนนความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นในแต่ละส่วนของร่างกายในตารางเป็นตัวเลข ดังนี้

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | | | ปกติ | | |
| 1 | | | มีอาการในช่วงเวลาทำงาน พักแล้วหาย | | |
| 2 | | | มีอาการในช่วงเวลาทำงาน พักแล้วไม่หาย ยังทำงานได้ | | |
| 3 | | | มีอาการในช่วงเวลาทำงาน พักแล้วไม่หาย ไม่สามารถทำงานได้ | | |
|  | | |  | | |
| Description: F:\Untitled.jpg**ด้านซ้าย** | |  | | **ด้านขวา** | |
| ส่วนของร่างกาย | คะแนน | ส่วนของร่างกาย | คะแนน |
| 1. คอ |  | 1. คอ |  |
| 2. ไหล่ |  | 2. ไหล่ |  |
| 3. หลังส่วนบน |  | 3. หลังส่วนบน |  |
| 4. หลังส่วนล่าง |  | 4. หลังส่วนล่าง |  |
| 5. แขนส่วนบน |  | 5. แขนส่วนบน |  |
| 6. ข้อศอก |  | 6. ข้อศอก |  |
| 7. แขนส่วนล่าง |  | 7. แขนส่วนล่าง |  |
| 8. มือ/ข้อมือ |  | 8. มือ/ข้อมือ |  |
| 9. สะโพก/ต้นขา |  | 9. สะโพก/ต้นขา |  |
| 10. หัวเข่า |  | 10. หัวเข่า |  |
| 11. น่อง |  | 11. น่อง |  |
| 12. เท้า |  | 12. เท้า |  |

1. \* อาการผิดปกติบริเวณที่เป็นมากที่สุดและบ่อยครั้งที่สุดคือ...........................................  
    มีลักษณะอาการอย่างไร (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)  
   [ ] 1 เจ็บหรือปวด [ ] 2 ชา ไม่มีความรู้สึก [ ] 3 อ่อนแรงขยับไม่ได้  
   [ ] 4 ปวดแสบร้อน [ ] 5 บวม [ ] 6 เป็นตะคริว

[ ] 7 มีอาการขัด ยอก [ ] 8 ผิวหนังเปลี่ยนสี [ ] 9 รู้สึกเจ็บเหมือนมีเข็มแทง

[ ] 10 อาการอื่นๆ ระบุ.................

1. อาการผิดปกติดังกล่าวเริ่มเป็นเมื่อเดือน................................... พ.ศ. ..........................
2. อาการผิดปกติที่เป็นในแต่ละครั้งเป็นเวลานานประมาณ  
    [ ] .................ชั่วโมง [ ] .................วัน [ ] .................เดือน
3. ในรอบปีที่ผ่านมาอาการผิดปกติดังกล่าวเกิดขึ้น.......................ครั้ง
4. \* ท่านคิดว่าความผิดปกติดังกล่าวเกิดจากสาเหตุ.............................................................................
5. ในช่วง 7 วันที่ผ่านมาท่านมีอาการเจ็บปวด หรือไม่สบายที่อวัยวะดังกล่าวหรือไม่  
    [ ] ไม่ (ข้ามไปตอบข้อ 11) [ ] มี
6. \* เมื่อมีปัญหาของอาการความเจ็บปวด ท่านดูแลรักษาตนเองอย่างไร (ตอบได้มากกว่า1ข้อ)  
    [ ] ไม่ได้ทำอะไร  
    [ ] ใช้การบีบนวด โดย.........................................................................  
    [ ] ซื้อยาแก้อาการเจ็บปวดมากินเอง โปรดระบุชื่อยา.............................  
    [ ] ไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข  
    [ ] อื่น ๆ ระบุ.........................................
7. เมื่อมีอาการเจ็บปวดในแต่ละครั้ง ทำให้ท่านต้องงดกิจกรรมดังต่อไปนี้หรือไม่  
    [ ] ไม่ได้งดกิจกรรมอะไร  
    [ ] หยุดทำงาน...............วัน

**ข้อมูลโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน** \*

ใน**ช่วงเวลา 1 ปี** มีโรคหรือการบาดเจ็บจากการทำงานเกิดขึ้นกับท่านหรือไม่ **ถ้ามี**โปรดทำเครื่องหมาย √ หน้าข้อโรคหรือการบาดเจ็บนั้น

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 🌕 **ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ** | | | | |
| 🗆 ปวดหลัง | | | | |
| 🗆 ปวดหลังส่วนล่าง | | | | |
| 🗆 กล้ามเนื้ออักเสบ | |  |  | |
| 🗆 ข้อต่อ-เอ็นอักเสบ | |  |  | |
| 🗆 กระดูกหัก | |  |  | |
| 🗆 กลุ่มอาการอุโมงค์ข้อมือ | |  |  | |
| 🗆 นิ้วล๊อค /นิ้วไกปืน/นิ้วลั่น | |  |  | |
|  นิ้วมือขาด | |  |  | |
| 🗆 อื่นๆ ระบุ.......................................... |  | |  | |
| **🌕 ระบบผิวหนัง** | | | | |
|  ผิวหนังอักเสบ | |  | |  |
|  มะเร็งผิวหนัง | |  |  | |
|  ด่างขาวจากการทำงาน | |  |  | |
|  ระคายเคืองผิวหนังจากการสัมผัส | |  |  | |
|  บาดแผลลึก | |  |  | |
|  บาดแผลตื้น | |  |  | |
|  บาดแผลไหม้ | |  |  | |
| 🗆 อื่นๆ ระบุ.......................................... |  | |  | |
| **🌕 ระบบไหลเวียนเลือด** | | | | |
| 🗆 เส้นเลือดขอด |  | |  | |
| 🗆 หมดสติเพราะความร้อน |  | |  | |
| 🗆 ลมแดด (Heatstroke) |  | |  | |
| 🗆 หัวใจขาดเลือด |  | |  | |
| 🗆 อื่นๆ ระบุ.......................................... |  | |  | |
| **🌕 ระบบทางเดินหายใจ** | | | | |
| 🗆 โรคปอดที่เกิดจากฝุ่นละอองสารอินทรีย์ | | | | |
| 🗆 โรคปอดฝุ่นทราย/ซิลิโคสิส | | | | |
| 🗆 โรคปอดฝุ่นฝ้าย/บิสสิโนสิส | | | | |
| 🗆 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง |  | |  | |
| 🗆 อื่นๆ ระบุ.......................................... |  | |  | |
| **🌕 ระบบการมองเห็น** | | | | |
| 🗆 ตาอักเสบ |  | |  | |
| 🗆 อื่นๆ ระบุ.......................................... |  | |  | |
| **🌕 ระบบการได้ยิน** |  | |  | |
| 🗆 โรคประสาทหูเสื่อม |  | |  | |
| 🗆 อื่นๆ ระบุ.......................................... |  | |  | |
| **🌕 ระบบทางเดินปัสสาวะ** | | | | |
| 🗆 กระเพาะปัสสาวะอักเสบ |  | |  | |
| **🌕 โรคติดเชื้อ** |  | |  | |
| 🗆 บาดทะยัก |  | |  | |
| 🗆 วัณโรค |  | |  | |
| 🗆 เลปโตสไปโรซิส |  | |  | |
|  อื่นๆ ระบุ |  | |  | |

**อื่นๆ ระบุ....................................................................**

***ฉบับปรับปรุงเมื่อ 15 กันยายน 2560***