

## ภาคผนวก ค8

เอกสารตรวจสอบสุขภาพคนงาน





โรงพยาบาลมิตรประชา  
MITRPRACHA HOSPITAL

ใบรับรองแพทย์

การตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าว



เลขที่บัตรโรงพยาบาล HN 000001

สถานที่ตรวจ โรงพยาบาลมิตรประชา

วันที่ตรวจ 15 กรกฎาคม 2565

ชื่อ

เลขที่หนังสือเดินทาง T0065975

สัญชาติ

ชื่อนายจ้าง

บริษัท ที.ที.เอส. เอ็นจิเนียริง จำกัด

ที่อยู่ของนายจ้าง

ที่อยู่ต่างประเทศ

ผลการตรวจสุขภาพ

ความสูง	น้ำหนัก	55 กก.	สีผิว	ขาวเหลือง
153 ซม.				
สภาพร่างกายจิตใจทั่วไป	<input checked="" type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ให้ตรวจยืนยันรักษา	
ผลการตรวจวัณโรคปอดระยะติดต่อ	<input checked="" type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ให้ตรวจยืนยันรักษา	
ผลการตรวจสภาวะโรคเท้าช้าง	<input checked="" type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ให้ตรวจยืนยันรักษา	
ผลการตรวจสภาวะโรคเรื้อน	<input checked="" type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ให้ตรวจยืนยันรักษา	
ผลการตรวจสภาวะโรคซิฟิลิส	<input checked="" type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ให้ตรวจยืนยันรักษา	
ผลการตรวจสารเสพติด	<input checked="" type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ให้ตรวจยืนยันรักษา	
ผลการตรวจอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง	<input checked="" type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ให้ตรวจยืนยันรักษา	
ผลการตรวจการตั้งครรภ์	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์		

สรุปผลการตรวจ

- ☒ สุขภาพสมบูรณ์ดี
- ☐ ผ่านการตรวจสุขภาพ แต่ต้องติดตามผลการตรวจยืนยันและให้การรักษา
- ☐ ไม่ผ่านการตรวจสุขภาพเนื่องจาก

3.1 ☐ สุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรง ที่เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน

เพราะ.....

หรือ.....

3.2 ☐ เป็นโรคต้องห้ามมิให้ทำงาน (ตามประกาศ



(ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 60 วันนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย) ประทับตรา

..... พยาบาล/ หัวหน้าแผนกอาชีวอนามัยผู้ทำรายงาน



410689

## ใบรับรองแพทย์ ตรวจสุขภาพคนต่างด้าว / แรงงานต่างด้าว

เลขที่อ้างอิง 020  
วันที่ตรวจ 30/03/2563

### 1. รายละเอียด/ประวัติส่วนตัวของผู้รับการตรวจ

[Redacted area]

### 3. ข้อมูลแพทย์ผู้ตรวจ

[Redacted area]

สถานพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน

ที่อยู่ 543 ถนน สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600

โทร 02-4370123

### ผลการตรวจสุขภาพ

ความสูง 157 ซม. น้ำหนัก 53 กก. สีผิว ดำแดง ความดันโลหิต 129/74 มม./ปรอท ชีพจร 73 ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายจิตใจทั่วไป

ผลการตรวจวัณโรคปอดระยะติดต่อ	ปกติ <input checked="" type="checkbox"/>	ผิดปกติ/ให้รักษา <input type="checkbox"/>	ระยะอันตราย <input type="checkbox"/>
ผลการตรวจสภาวะโรคเท้าช้าง	ปกติ <input checked="" type="checkbox"/>	ผิดปกติ/ให้รักษา <input type="checkbox"/>	อาการเป็นพื่นำรังเกียจ <input type="checkbox"/>
ผลการตรวจสภาวะโรคเรื้อน	ปกติ <input checked="" type="checkbox"/>	ผิดปกติ/ให้รักษา <input type="checkbox"/>	ระยะติดต่อ/อาการเป็นพื่นำรังเกียจ <input type="checkbox"/>
ผลการตรวจโรคซิฟิลิส	ปกติ <input checked="" type="checkbox"/>	ผิดปกติ/ให้รักษา <input type="checkbox"/>	ระยะที่ 3 <input type="checkbox"/>
ผลการตรวจสารเสพติด	ปกติ <input checked="" type="checkbox"/>	พบสารเสพติด <input type="checkbox"/>	ให้ตรวจยืนยัน <input type="checkbox"/>
ผลการตรวจอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง	ปกติ <input checked="" type="checkbox"/>	ปรากฏอาการ <input type="checkbox"/>	
ผลการตรวจการตั้งครรภ์	ไม่ตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/>	ตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/>	

ผลการตรวจอื่นๆ (ถ้ามี)

1. ☒ สุขภาพสมบูรณ์ดี
2. ☐ ผ่านการตรวจสุขภาพแต่ต้องติดตามผลการตรวจยืนยันและให้การรักษา
- ☐ วัณโรค ☐ โรคเรื้อน ☐ โรคเท้าช้าง ☐ โรคซิฟิลิส

3. ☐ ไม่ผ่านการตรวจสุขภาพ เนื่องจาก

3.1 ☐ ร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถประกอบการหาเลี้ยงชีพได้ / จิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ

3.2 ☐ เป็นโรคไม่อนุญาต และไม่ให้ประกันสุขภาพ (ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข)



ให้ประทับตรา





410547

## ใบรับรองแพทย์ ตรวจสอบสุขภาพคนต่างด้าว / แรงงานต่างด้าว

เลขที่อ้างอิง 023  
วันที่ตรวจ 30/03/2563

### 1. รายละเอียด/ประวัติส่วนตัวของผู้รับการตรวจ

2.

2.

### 3. ข้อมูลแพทย์ผู้ตรวจ

สถานพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน

ที่อยู่ 543 ถนน สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10600

โทร 02-4370123

### ผลการตรวจสุขภาพ

ความสูง 161 ซม. น้ำหนัก 60 กก. สีผิว ดำแดง ความดันโลหิต 139/80 มม./ปรอท ชีพจร 58 ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายจิตใจทั่วไป

ผลการตรวจวัณโรคปอดระยะติดต่อ

ปกติ ☒

ผิดปกติ/ให้รักษา ☐

ระยะอันตราย ☐

ผลการตรวจสภาวะโรคเท้าช้าง

ปกติ ☒

ผิดปกติ/ให้รักษา ☐

อาการเป็นที่น่ารังเกียจ ☐

ผลการตรวจสภาวะโรคเรื้อน

ปกติ ☒

ผิดปกติ/ให้รักษา ☐

ระยะติดต่อ/อาการเป็นที่น่ารังเกียจ ☐

ผลการตรวจโรคซิฟิลิส

ปกติ ☒

ผิดปกติ/ให้รักษา ☐

ระยะที่ 3 ☐

ผลการตรวจสารเสพติด

ปกติ ☒

พบสารเสพติด ☐

ให้ตรวจยืนยัน ☐

ผลการตรวจอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง

ปกติ ☒

ปรากฏอาการ ☐

ผลการตรวจการตั้งครรภ์

ไม่ตั้งครรภ์ ☐

ตั้งครรภ์ ☐

ผลการตรวจอื่นๆ (ถ้ามี)

1. ☒ สุขภาพสมบูรณ์ดี

### สรุปผลการตรวจ

2. ☐ ผ่านการตรวจสุขภาพแต่ต้องติดตามผลการตรวจยืนยันและให้การรักษา

☐ วัณโรค

☐ โรคเรื้อน

☐ โรคเท้าช้าง

☐ โรคซิฟิลิส

3. ☐ ไม่ผ่านการตรวจสุขภาพ เนื่องจาก

3.1 ☐ ร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถประกอบการหาเลี้ยงชีพได้ / จิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ

3.2 ☐ เป็นโรคไม่ ☐ (ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด)



ให้ประทับตรา

(ลงชื่อแพทย์ผู้รับรองแพทย์ฉบับนี้และลงวันที่) นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย)



410 534

## ใบรับรองแพทย์ ตรวจสอบสุขภาพคนต่างด้าว / แรงงานต่างด้าว

เลขที่อ้างอิง 005  
วันที่ตรวจ 26/03/2563

### 1. รายละเอียด/ประวัติส่วนตัวของผู้รับการตรวจ

[Redacted area for personal details]

### 3. ข้อมูลแพทย์ผู้ตรวจ

สถานพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน

ที่อยู่ 543 ถนน สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600

โทร 02-4370123

### ผลการตรวจสุขภาพ

ความสูง 162 ซม. น้ำหนัก 61 กก. สีผิว ดำแดง ความดันโลหิต 131/87 มม./ปรอท ชีพจร 96 ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายจิตใจทั่วไป

ผลการตรวจวัณโรคปอดระยะติดต่อ	ปกติ <input checked="" type="checkbox"/>	ผิดปกติ/ให้รักษา <input type="checkbox"/>	ระยะอันตราย <input type="checkbox"/>
ผลการตรวจสภาวะโรคเท้าช้าง	ปกติ <input checked="" type="checkbox"/>	ผิดปกติ/ให้รักษา <input type="checkbox"/>	อาการเป็นที่น่ารังเกียจ <input type="checkbox"/>
ผลการตรวจสภาวะโรคเรื้อน	ปกติ <input checked="" type="checkbox"/>	ผิดปกติ/ให้รักษา <input type="checkbox"/>	ระยะติดต่อ/อาการเป็นที่น่ารังเกียจ <input type="checkbox"/>
ผลการตรวจโรคซิฟิลิส	ปกติ <input checked="" type="checkbox"/>	ผิดปกติ/ให้รักษา <input type="checkbox"/>	ระยะที่ 3 <input type="checkbox"/>
ผลการตรวจสารเสพติด	ปกติ <input checked="" type="checkbox"/>	พบสารเสพติด <input type="checkbox"/>	ให้ตรวจยืนยัน <input type="checkbox"/>
ผลการตรวจอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง	ปกติ <input checked="" type="checkbox"/>	ปรากฏอาการ <input type="checkbox"/>	
ผลการตรวจการตั้งครรภ์	ไม่ตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/>	ตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/>	

ผลการตรวจอื่นๆ (ถ้ามี)

1. ☒ สุขภาพสมบูรณ์ดี
2. ☐ ผ่านการตรวจสุขภาพแต่ต้องติดตามผลการตรวจยืนยันและให้การรักษา
3. ☐ ไม่ผ่านการตรวจสุขภาพ เนื่องจาก
- 3.1 ☐ ร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถประกอบการหาเลี้ยงชีพได้ / จิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ
- 3.2 ☐ เป็นโรคไม่อันตราย และไม่ให้ประกันสุขภาพ (ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข)

### สรุปผลการตรวจ

( [Redacted Signature] )  
(หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ 1 ปี นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย)





โรงพยาบาลสิรินาถ บึงกุ่ม  
www.sirinartbuengkum.com

10/1288 ซ.นวมินทร์ 93 ถ.นวมินทร์ แขวงนวมินทร์ เขตบึงกุ่ม กรุงเทพฯ 10240 โทร. 0-2407-2900 แฟกซ์. 0-2407-2988  
10/1288 NAWAMIN 93, NAWAMIN RD., NAWAMIN, BUENGKUM, BANGKOK 10240 THAILAND TEL.0-2407-2900 FAX. 0-2407-2988

ใบสรุปค่ารักษาพยาบาล

๓E

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี (Tax ID)

เลขที่ RO-22-0001303

ใบเสร็จรับเงิน RECEIPT (ต้นฉบับ)

วันที่ 10/05/2565 13:03

(DD/MM/YYYY)

H.N. : 2832 / 65

ประเภท(Patient Type) : Patient Pay

รายการ Description	จำนวนเงิน Amount	ส่วนลด Discount	จำนวนเงินสุทธิ Net Total
1.1.14 ค่าบริการเหมาจ่ายการรักษาพยาบาล			
1.1.14 (I) ตรวจสอบสุขภาพแผนต่าง ๆ เหมาจ่าย	700.00		700.00
ยอดรวม	700.00		700.00
ชำระเป็น เช็ค	(เจ็ดร้อยบาทถ้วน)	ยอดสุทธิ Grand Total	700.00

หากมีข้อสงสัย กรุณาสอบถามได้จากเภสัชกรของโรงพยาบาล  
กรุณาตรวจสอบ และศึกษาการใช้ยาที่ท่านได้รับ





## ใบรับรองแพทย์

### ส่วนที่ 1 ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

[Redacted Patient Information]

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพ โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

1. โรคประจำตัว ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) .....
2. อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) .....
3. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ☐ ไม่มี ☒ มี (ระบุ) รักษาใจ เลือดออก 10 ปี .....
4. ประวัติอื่นที่สำคัญ .....

ลงชื่อ Win Nwe วันที่ 10 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565

ในกรณีเด็กที่ไม่สามารถรับรองตนเองได้ ให้ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้

### ส่วนที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ โรงพยาบาลสิรินาทบึงกุ่ม ตำบลปนาคกลาง วันที่ 10 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565

[Redacted Patient Information]

สถานพยาบาลชื่อ โรงพยาบาลสิรินาทบึงกุ่ม ตำบลปนาคกลาง

ที่อยู่ 10/1288 ซอยนวมินทร์ 93 แขวงนวมินทร์ เขตบึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร 10240

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว MRS. WIN NWE OO

แล้วเมื่อวันที่ 10 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565 มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว 52.70 กก. ความสูง 158.00 เซนติเมตร ความดันโลหิต 98/60 มม.ปรอท ชีพจร 82 ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ) .....

ขอรับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคดังต่อไปนี้

- (1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแสบคัน
- (2) วัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแสบคัน
- (4) โรคซิฟิลิสในระยะที่ 3

- (2) สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ..... สวมแว่นกันแดด ไม่พบเชื้อซิฟิลิส .....

ลงชื่อ .....

ผู้ตรวจร่างกาย

(

)

### หมายเหตุ

- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
  - (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
  - (3) คำรับรองนี้เป็นการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น
- แบบฟอร์มนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 4/2561 วันที่ 19 เมษายน 2561



## ภาคผนวก ค9

ใบเสร็จขยะมูลฝอย







# ใบเสร็จรับเงิน

เลขที่ 6600022558

วันที่ 1 กรกฎาคม 2566

สำนักงานเขต

สวนหลวง

โทร

02-322-4671

ที่อยู่สำนักงานเขต

2998 ถนนพัฒนาการ แขวงสวนหลวง เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร 10250

ชื่อผู้ชำระค่าธรรมเนียม โครงการ ไอคอน พัฒนาการ-ศรีนครินทร์

ที่อยู่ ซอยพัฒนาการ 37 ถนนพัฒนาการ แขวงพัฒนาการ เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร 10250

ปริมาณมูลฝอย ทัวไป 420.00 ลิตร/วัน

มีค่าธรรมเนียมจัดการมูลฝอยประจำเดือน ก.ค. 66

เป็นจำนวนเงิน 840 บาท

รายละเอียดดังนี้

ประวัติการชำระค่าธรรมเนียม ปีงบประมาณ 2566

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน (บาท)
1	ค่าเก็บและขนมูลฝอย	840
2	ค่ากำจัดมูลฝอย	0
3		
รวมทั้งสิ้น (บาท)		840

เดือน	บาท	เดือน	บาท
ค.ค.	-	เม.ค.	-
ก.ย.	-	พ.ค.	-
ธ.ค.	-	มิ.ย.	-
ม.ค.	-	ก.ค.	840
ก.พ.	-	ส.ค.	-
มี.ค.	-	ก.ย.	-

จำนวนเงินทั้งสิ้น

แปดร้อยสี่สิบบาทถ้วน

ช่องทางชำระเงิน (Payment) Mobile Banking

พิมพ์เมื่อ 04 กรกฎาคม 2566 เวลา 10:53 น.

ใบเสร็จรับเงินนี้จะสมบูรณ์ต่อเมื่อกรุงเทพมหานครเรียกเก็บเงินได้ครบถ้วนแล้ว

\*กรุณาเก็บใบเสร็จไว้เพื่อเป็นหลักฐานการชำระเงินของท่าน\*



# ใบเสร็จรับเงิน

เลขที่ 6600021434

วันที่ 17 มิถุนายน 2566

สำนักงานเขต

สวนหลวง

02-322-4671

ที่อยู่สำนักงานเขต

2998 ถนนพัฒนาการ แขวงสวนหลวง เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร 10250

ชื่อผู้ชำระค่าธรรมเนียม

โครงการ ไอคอน พัฒนาการ-ศรีนครินทร์

ที่อยู่

ซอยพัฒนาการ 37 ถนนพัฒนาการ แขวงพัฒนาการ เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร 10250

ปริมาณมูลฝอย

ทั่วไป 420.00 ลิตร/วัน

มีค่าธรรมเนียมจัดการมูลฝอยโดยปริมาตร

มิ.ย. 66

เงินชำระเงิน

840

รายละเอียดดังนี้

ประวัติการชำระค่าธรรมเนียม ปีงบประมาณ 2566

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน (บาท)
1	ค่าเก็บและขนมูลฝอย	840
2	ค่ากำจัดมูลฝอย	0
3		
รวมทั้งสิ้น (บาท)		840

เดือน	บาท	เดือน	บาท
ค.ค.	-	เม.ย.	-
พ.ย.	-	พ.ค.	-
ธ.ค.	-	มิ.ย.	840
ม.ค.	-	ก.ค.	-
ก.พ.	-	ส.ค.	-
มี.ค.	-	ก.ย.	-

จำนวนเงินทั้งสิ้น

แปดร้อยสี่สิบบาทถ้วน

ช่องทางชำระเงิน (Payment) Mobile Banking

พิมพ์เมื่อ 01 กรกฎาคม 2566 เวลา 09:02 น.

ใบเสร็จรับเงินนี้จะสมบูรณ์ต่อเมื่อกรุงเทพมหานครเรียกเก็บเงินได้ครบถ้วนแล้ว

\*กรุณาเก็บใบเสร็จไว้เพื่อเป็นหลักฐานการชำระเงินของท่าน\*

## ภาคผนวก ค10

รายชื่อช่างควบคุมการปฏิบัติงาน







**Mr. Ariya Rodyoo**  
นายอริยา รอดอยู่  
Project Engineer  
(Ann) 094-466-6997  
[Ariya.R@tts2004.co.th](mailto:Ariya.R@tts2004.co.th)



**Mr. Jantawat Mutiphai**  
นายจันทวัฒน์ มุติภัย  
Architect Chief  
(Neong) 086-177-7670  
[dadaop.mutipha999@gmail.com](mailto:dadaop.mutipha999@gmail.com)



**Mr. Yuttakarn Koramongkon**  
นายยุทธการรณ์ คำมงคล  
Site Engineer  
(Thiw) 089-632-8124  
[inwtw49@gmail.com](mailto:inwtw49@gmail.com)



**Mr. Kwanchai Aiarakak**  
นายวัชรชัย เอี่ยมกัก  
Asst. Architect Chief  
(Aoy) 086-147-3651  
[ooyarc11@gmail.com](mailto:ooyarc11@gmail.com)



**Mr. Anon Pengma**  
นายอนันต์ เป็งมา  
Site Engineer  
(TA) 099-746-8374  
[Civilengineersalaya12@gmail.com](mailto:Civilengineersalaya12@gmail.com)



**Mr. Wirasak Keawpitak**  
นายวีระศักดิ์ แก้วพิทักษ์  
Site Engineer Architect  
(Q) 096-006-3379  
[verasak.k666@gmail.com](mailto:verasak.k666@gmail.com)



**Mr. Chalongsat Peesornbat**  
นายชลอสรณ์ พุฒสมบัติ  
General Foreman  
(Long) 082-880-2748  
[chalongsat55572@gmail.com](mailto:chalongsat55572@gmail.com)



**Mr. Phannarong Kunkaew**  
นายพันธ์วงศ์ กุศลแก้ว  
General Foreman Architect  
(Aek) 086-399-8333  
[Phannarong.25@gmail.com](mailto:Phannarong.25@gmail.com)



**Mr. Danuphon Phirasei**  
นายณัฐพล พิเศษ  
Foreman-Architect  
(Jame) 062-496-9336  
[danupol533@gmail.com](mailto:danupol533@gmail.com)



**Mr. Narongchai Changlek**  
นายณรงค์ชัย ช่างเหล็ก  
Foreman Architect  
(JO) 093-980-8762  
[naroc08@hotmail.com](mailto:naroc08@hotmail.com)



**Mr. Pongskorn Meeinpho**  
นายพงษ์ศกรณ์ มณีอินทร์  
Foreman  
(Pond) 062-626-6466  
[mphngskrn@gmail.com](mailto:mphngskrn@gmail.com)

# ภาคผนวก ค11

ระเบียบการแต่งกาย



# รูปแบบการแต่งกายพนักงานในโครงการ

รูปแบบการแต่งกาย: **Dc** บริษัท





# รูปแบบการแต่งกายพนักงานในโครงการ

## รูปแบบการแต่งกาย: Staff TTS



Staff บริษัท ที.ที.เอส.เอ็นจิเนียริง(2004) จำกัด



# รูปแบบการแต่งกายพนักงานในโครงการ

รูปแบบการแต่งกาย: ผู้รับเหมา



พนักงาน อาคารB(ASTI)



พนักงาน อาคารA(บ.เกตุบางทราย)

ผู้รับเหมางานโครงสร้าง



# รูปแบบการแต่งกายพนักงานในโครงการ

รูปแบบการแต่งกาย: งานระบบสุขาภิบาล



พนักงาน



Staff

ชวิน (งานระบบสุขาภิบาล)



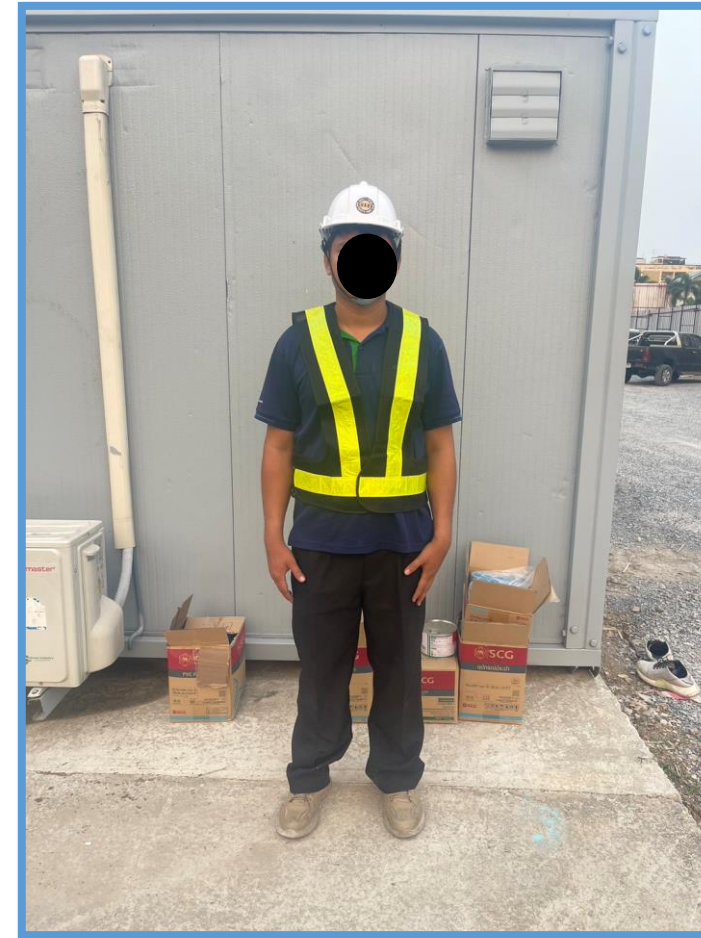


# รูปแบบการแต่งกายพนักงานในโครงการ

## รูปแบบการแต่งกาย: งานระบบไฟฟ้า



พนักงาน



Staff

VTEC (งานระบบไฟฟ้าและปรับอากาศ)



## ภาคผนวก ค12

เอกสารตรวจสอบประวัติคนงาน





บริษัท ที.ที.เอส.เอ็นนิเรจ (2004) จำกัด

ใบสมัครลูกจ้างชั่วคราวรายวัน



2. ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ บ้านพักคนงาน ☐ หอพัก เลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_ อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ เบอร์โทรศัพท์ \_\_\_\_\_
3. สำเร็จการศึกษาชั้นสูงสุดวุฒิ \_\_\_\_\_ จากสถานศึกษาชื่อ \_\_\_\_\_
4. ขอสมัครเป็นลูกจ้างชั่วคราวรายวัน เพื่อปฏิบัติงานในตำแหน่ง \_\_\_\_\_  
ความสามารถอื่นๆ (นอกเหนือจากตำแหน่งที่สมัคร) \_\_\_\_\_
5. ท่านเคยมีบัตรประกันสังคมหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย โรงพยาบาลที่ใช้สิทธิ \_\_\_\_\_
6. ท่านเคยป่วยเป็นโรคติดต่อหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุโรค \_\_\_\_\_
7. ท่านเคยต้องโทษทางคดีอาญาหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุคดี \_\_\_\_\_
8. บุคคลที่สามารถติดต่อได้ กรณีฉุกเฉิน ชื่อ - สกุล \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์ \_\_\_\_\_ เบอร์โทร \_\_\_\_\_

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้สมัคร  
( \_\_\_\_\_ )  
วันที่ \_\_\_\_\_

ลายพิมพ์นิ้วมือ \_\_\_\_\_ ผู้สมัคร  
วันที่ \_\_\_\_\_

#### การพิจารณารับรอง

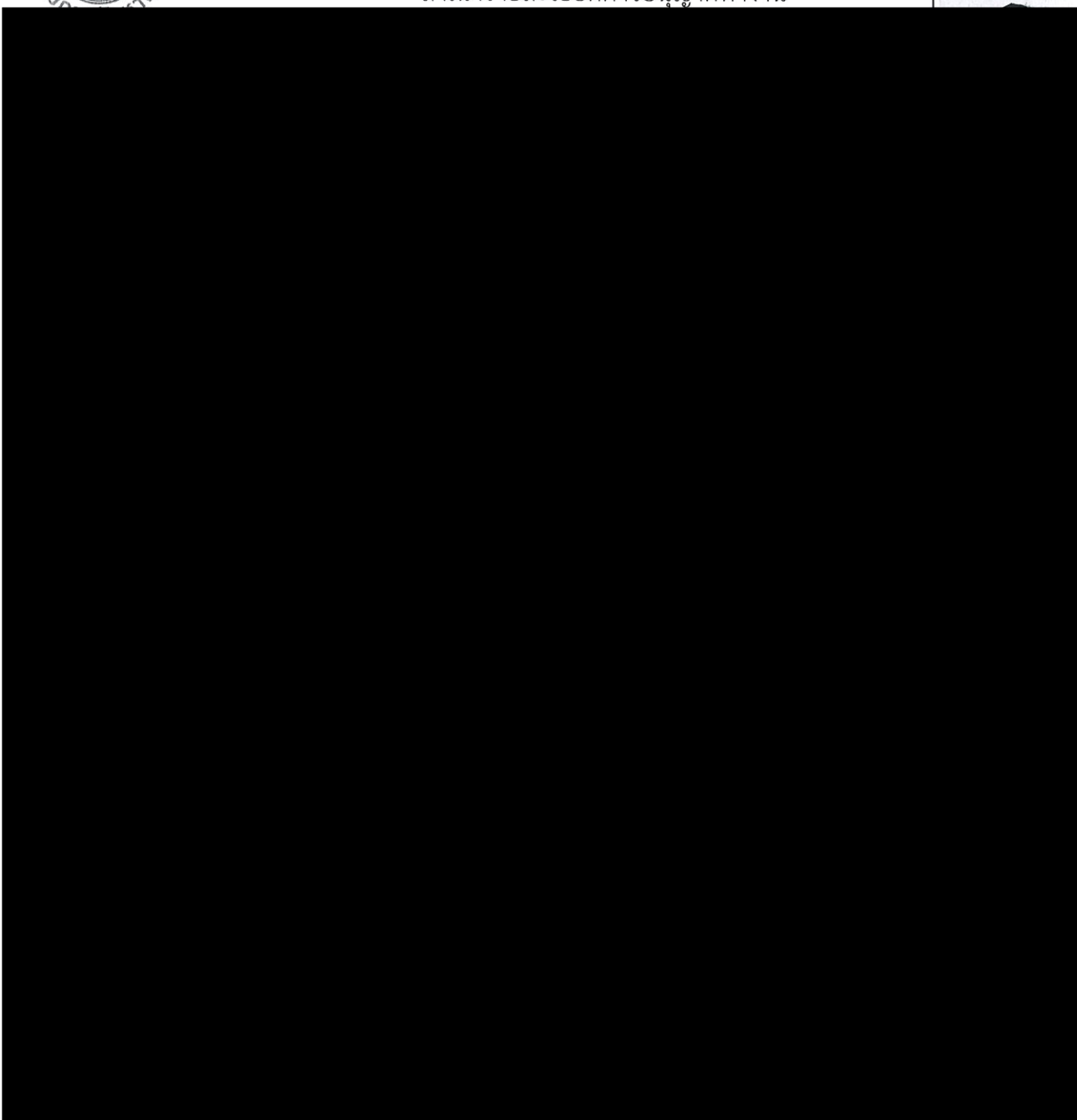
- 1.1 ผู้สมัครคนไทยต้องแนบ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน หรือสำเนาการศึกษา ด้วยทุกครั้ง
- 1.2 ผู้สมัครคนต่างด้าวต้องแนบสำเนาพาสปอร์ต สำเนาหน้าวีซ่า สำเนาใบอนุญาตทำงานที่มีชื่อของบริษัท ที.ที.เอส. เป็นนายจ้างแล้วเท่านั้น
2. ผู้รับรองต้องเป็นหัวหน้าหน่วยงาน
3. กรณีพนักงานลาออกต้องแจ้งล่วงหน้า 7 วัน





ทะเบียนใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2565

สำเนารายละเอียดการอนุญาตทำงาน



ข้อมูลสิทธิการรักษา

โรงพยาบาลที่ตรวจสุขภาพ	-	โรงพยาบาล	-
ประเภทสิทธิการรักษา	ประกันสังคม	วันที่หมดอายุ	-
ระยะเวลาประกันสุขภาพ	-		

นายทะเบียนได้รับการแจ้งคนต่างด้าวของนายจ้าง และได้รับแจ้งการทำงานของคนต่างด้าว ตามมาตรา 13 และมาตรา 64/2 แห่งพระราชกำหนดการบริหารจัดการ  
การทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2560 และที่แก้ไขเพิ่มเติม จากนายจ้างและคนต่างด้าวตามชื่อที่ปรากฏในใบรับคำขอลบนี้เรียบร้อยแล้ว

ผู้บันทึก/แก้ไขข้อมูล



วันที่บันทึก/แก้ไขข้อมูล 22 กุมภาพันธ์ 2566





กรมการจัดหางาน

กระทรวงแรงงาน


เลขที่ ..... 1003661223374

## ใบเสร็จรับเงิน

ที่ทำการ.....สำนักงานบริหารแรงงานต่างด้าว

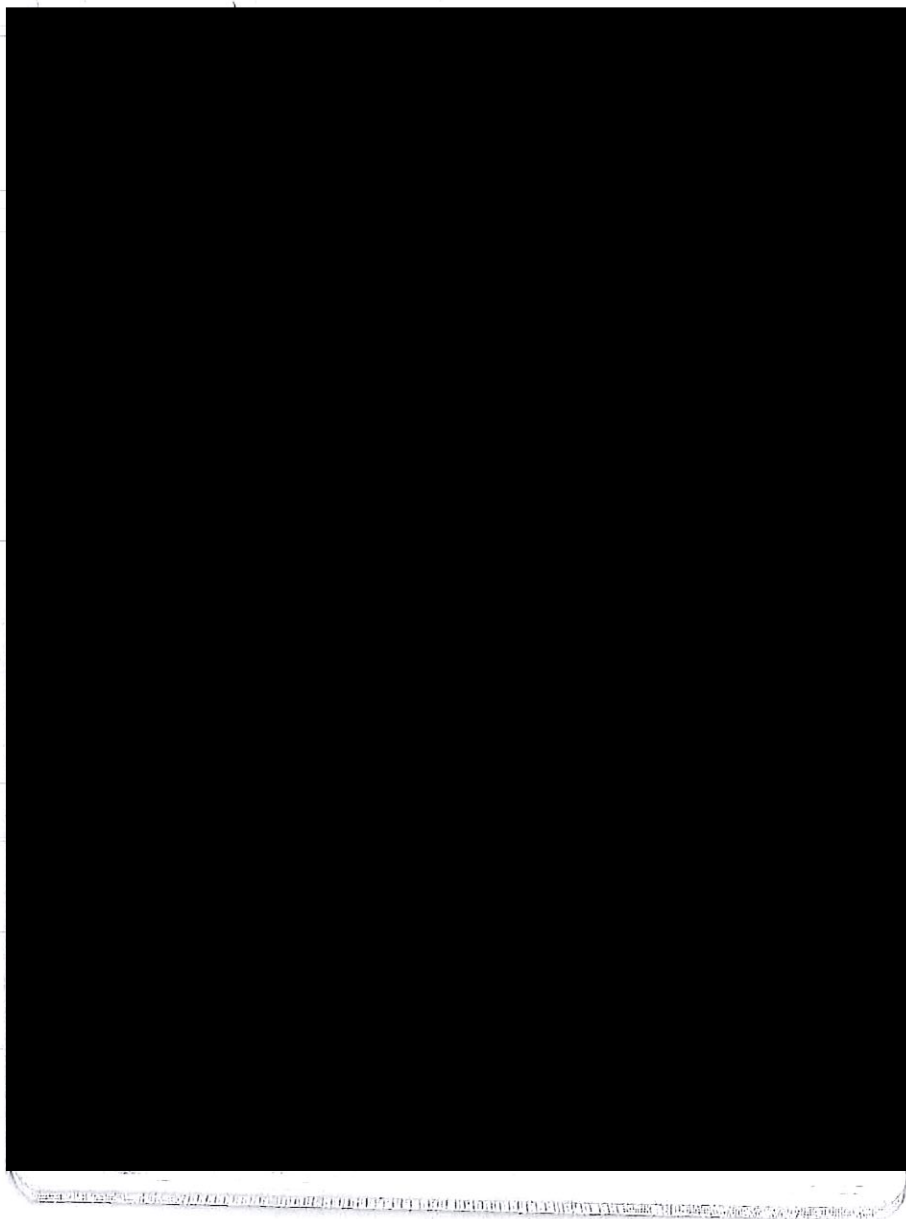
วันที่..... 12 กุมภาพันธ์ 2566

ตามรายละเอียดดังนี้

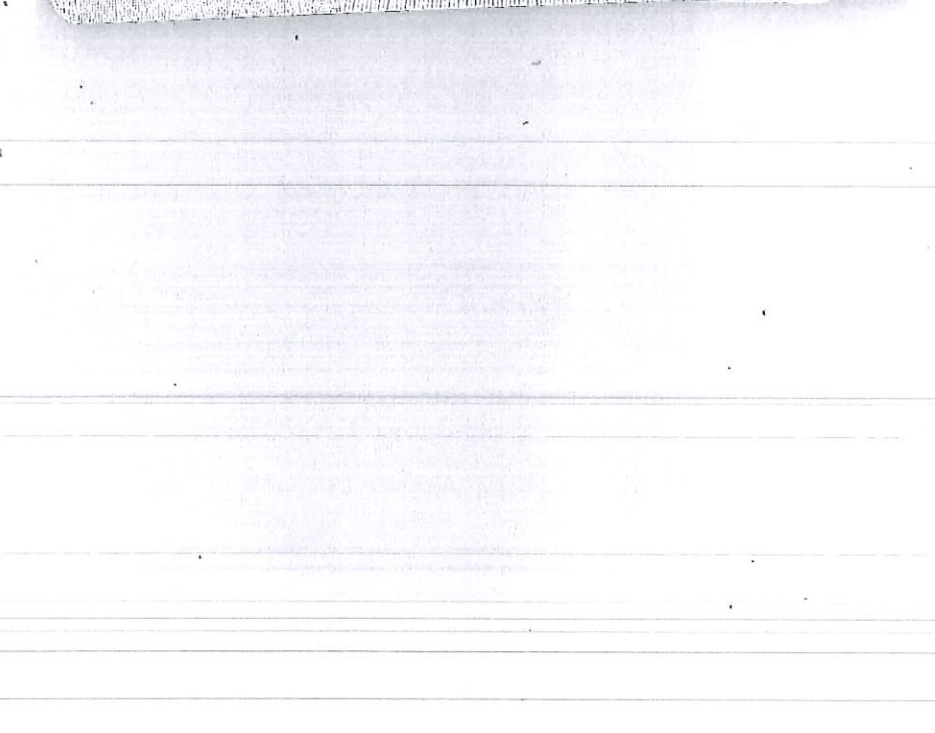
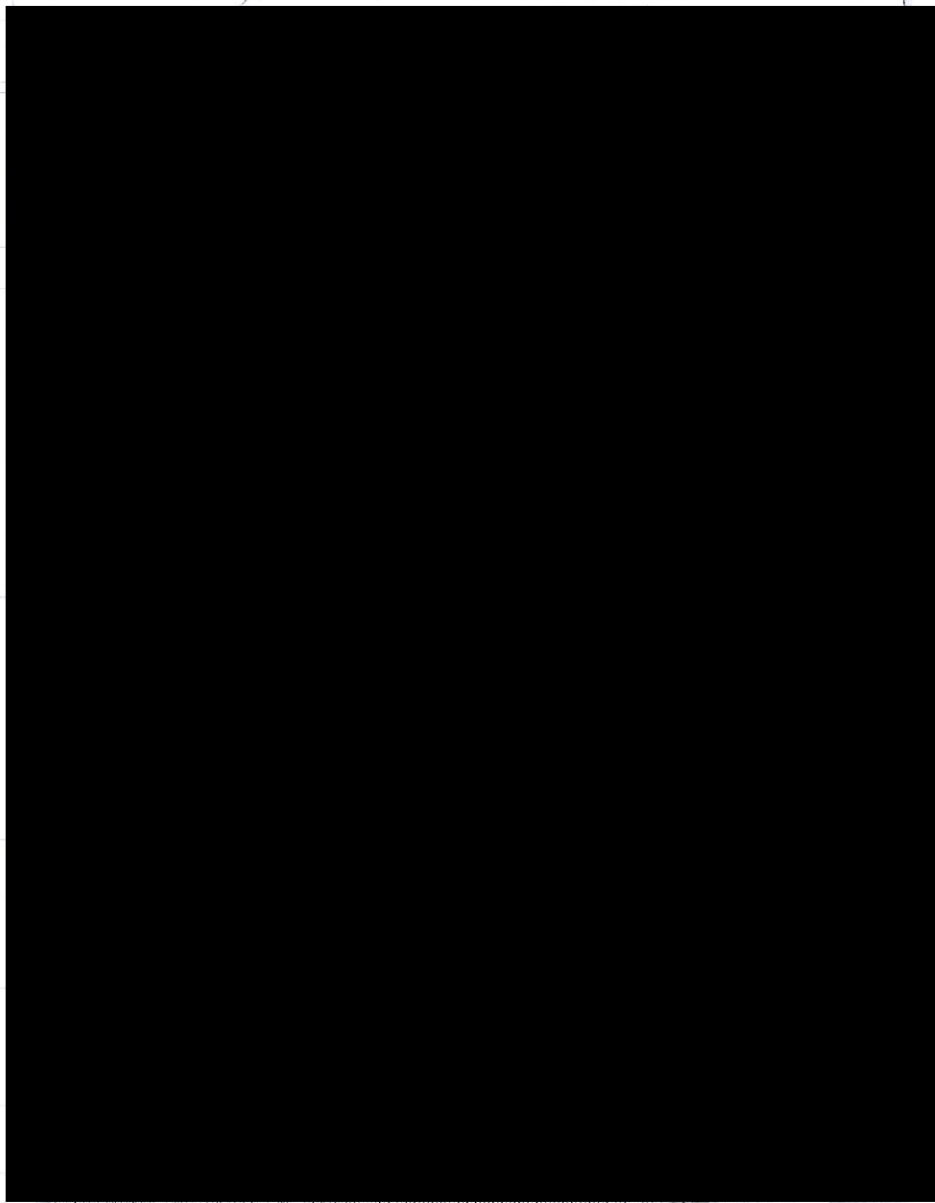
รายการ	จำนวนเงิน
1. ค่าธรรมเนียมในการยื่นคำขอ ฉบับละ 100 บาท	100.00
2. ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตทำงาน	1,800.00
<input type="checkbox"/> อายุไม่เกิน 1 ปี ฉบับละ 900 บาท	
<input checked="" type="checkbox"/> อายุไม่เกิน 2 ปี ฉบับละ 1,800 บาท	
 รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (บาท) ( หนึ่งพันเก้าร้อยบาทถ้วน )	1,900.00

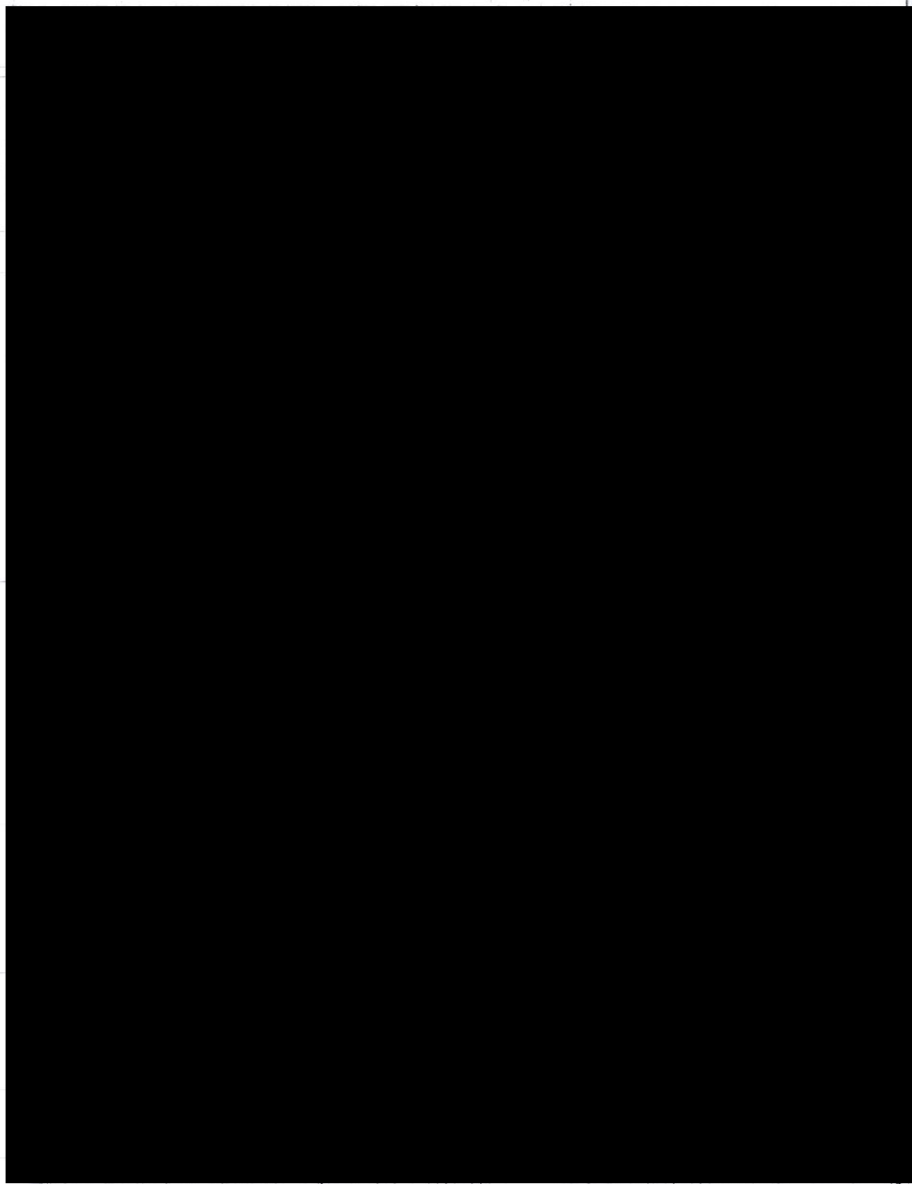
ได้รับเงินไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

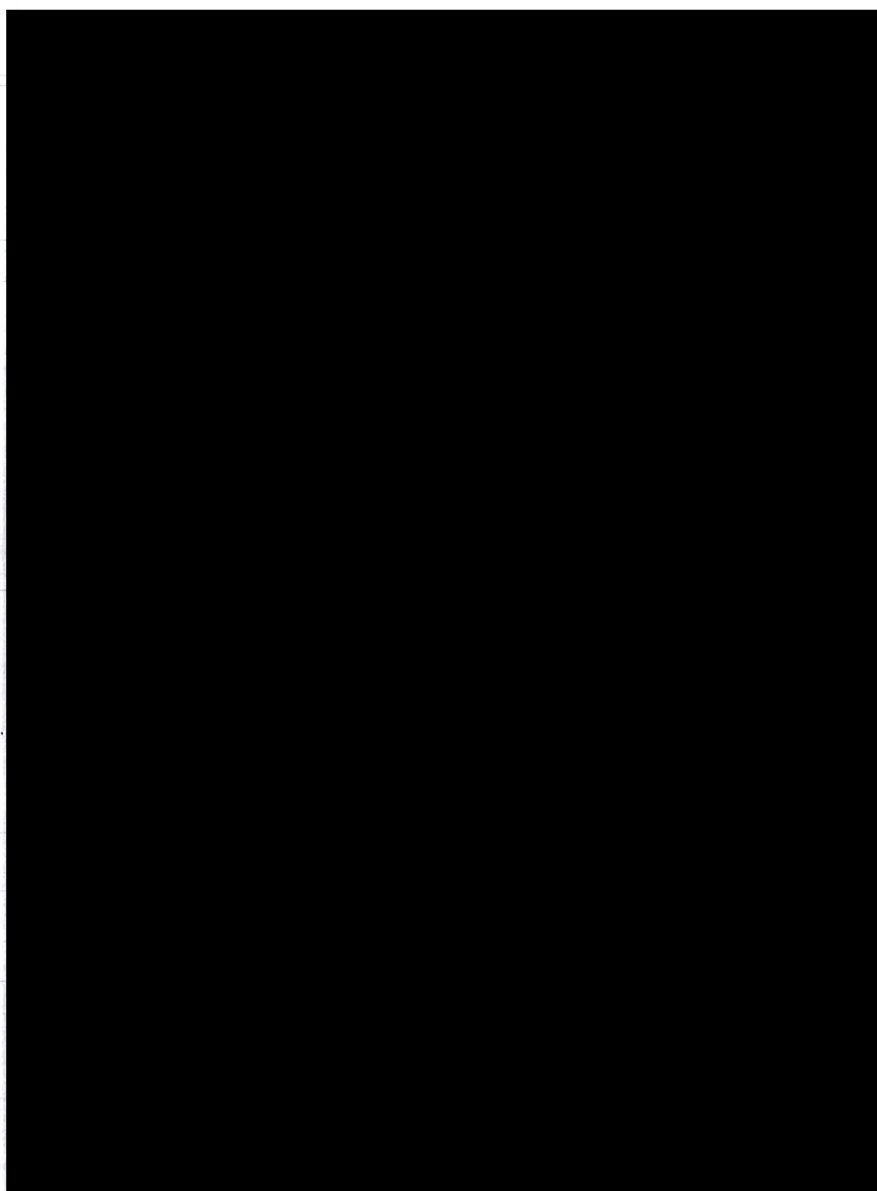




















ใบอนุญาต Date of Issue Authority

### สำนักทะเบียนกลาง

กรมการปกครอง

กระทรวงมหาดไทย

ข้อปฏิบัติสำหรับผู้รับบัตรประจำตัว



๑. บัตรนี้ไม่ใช่บัตรประจำตัวประชาชน
๒. ให้แสดงบัตรนี้ทุกครั้งในการติดต่อกับสำนักทะเบียนส่วนราชการ หรือหน่วยงานของรัฐ
๓. ให้ใช้บัตรนี้ควบคู่กับใบอนุญาตทำงานหรือใบแทนใบอนุญาตทำงาน (ที่มีระยะเวลาการอนุญาตยังไม่สิ้นสุด)



## ภาคผนวก ค13

เอกสารเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานวิชาชีพ (จป.)



สถาบันส่งเสริมความรู้ตามนโยบายในการดำเนินงาน  
บริษัท ปันทองกรุ๊ป แชนแนลเม้นท์ แชนด์ คอนซัลแตนท์ จำกัด

39/9 อาคารวิเทศ ๓ ถนนพหลโยธิน ๓ แขวงจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10120

ได้รับการขึ้นทะเบียนจากกรมจัดตั้งการและคุ้มครองแรงงาน ทะเบียนเลขที่ จป. ๕๖ - ๐๐๕

มอบวุฒิบัตรให้เพื่อแสดงว่า

นางสาวสมพรพรหมดีบุตร เจ้าหน้าที่ความประพฤติในการทำงาน ระดับ  
ตามกฎกระทรวง กำหนดมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้านความ  
อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. ๒๕๕๙

ระหว่างวันที่ ๑ - ๓ กรกฎาคม ๒๕๕๔  
ให้ไว้ ณ วันที่ ๓ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๔

## ภาคผนวก ค14

ผนวกเงิน EMERGENCY ICondo Activ Phatthanakan





**แผนผังการแจ้งเหตุและการรายงานกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน ( Emergency Call Out and Report )**

