

แบบฟอร์มร้องขอเข้าฝึกอบรม

BLUESCOPE SAFETY TRAINING REQUEST FORM

หัวข้ออบรม : Safety Induction (อบรมความปลอดภัยเบื้องต้น)

วันที่ _____

เรื่อง : ส่งพนักงานเข้าร่วมฝึกอบรม

เรียน : BST Administrator

โทร. : 038-918300 ต่อ 3191 Email : BST.Administrative@bluescope.com

รายละเอียดของบริษัทที่ส่งพนักงานเข้าฝึกอบรม

ชื่อบริษัท _____

ลักษณะงานที่ทำ ☐ งานซ่อมบำรุงทั่วไป ☐ ผู้รับเหมาประจำ ☐ พนักงานส่งของ ☐ นักศึกษาฝึกงาน

งานความเสี่ยงที่ขอเอกสารเพิ่ม ☐ งานที่อับอากาศ ☐ งานนั่งร้าน ☐ งานไฟฟ้า ☐ งานเครื่องจักรกลหนัก

จำนวนพนักงานที่เข้าฝึกอบรม _____ คน

เบอร์ติดต่อ _____ E-mail _____

ชื่อหัวหน้างาน _____ เบอร์ติดต่อ _____

ชื่อหัวหน้างาน บลูสโคปฯ _____ เบอร์ติดต่อ _____

เอกสารและหลักฐานที่ต้องจัดส่งก่อนเข้าอบรม

- แบบฟอร์มร้องขอเข้าฝึกอบรม (เอกสารฉบับนี้)
- แบบฟอร์มขออนุมัติเข้ารับการฝึกอบรมเพื่อเข้าทำงานในบริษัทฯ PR-SFT-99001-F-01(04)
- รูปถ่ายหน้าตรง (ไม่เกิน 6 เดือน) ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป
- สำเนาบัตรประชาชน 1 ฉบับ
- ใบรับรองแพทย์ (จากโรงพยาบาลเท่านั้น) : รายละเอียดอ้างอิงตาม Contractor Health & Competency Criteria
- ใบรับรองการผ่านการอบรมตามงานความเสี่ยงสูงที่กำหนด

สามารถส่งเอกสารทาง E-mail : BST.Administrative@bluescope.com (ไฟล์ Scan)

หรือ ส่งที่ป้อม รปภ. ประตู 2

*****ส่งเอกสารไม่เกินวันจันทร์ก่อนอบรม ไม่เช่นนั้นจะตัดสิทธิ์ในการเข้าอบรม*****

การเตรียมตัวเพื่อเข้าฝึกอบรม

- จัดอบรม ทุกวันอังคาร เริ่มเวลา 13.00-16.30 น.
- เตรียมปากกา คนละ 1 ด้าม เพื่อทำแบบทดสอบ
- กรุณาตรงต่อเวลา และแต่งกายสุภาพ

การตรวจสอบสุขภาพก่อนเข้างานและข้อกำหนดพิเศษในงานความเสี่ยงสูง

PREPLACEMENT EXAMINATION AND SPECIAL HIGH RISK WORK REQUIREMENT

ผู้รับเหมาต้องนำผลการตรวจสอบสุขภาพแนบก่อนขอเข้าอบรมผู้รับเหมา

การตรวจสอบสุขภาพของผู้รับเหมา (Tier 1, 2 & 3) และ Off-site

- 1) ตรวจสอบสุขภาพทั่วไป ความพร้อมทางกายภาพ *พร้อมระบุ ความดันโลหิต น้ำหนัก และส่วนสูง
 - 2) โรคลมชัก / โรคประจำตัว
 - 3) โรคติดต่อร้ายแรง**
 - 4) ผลตรวจสารเสพติด
- *รายการทั้ง 4 นี้เป็นการตรวจขั้นต่ำ
ต้องขึ้นกับความเสี่ยง ทั้งนี้ บริษัทฯ คู่สัญญา
ต้องจัดให้มีการตรวจสอบสุขภาพตามกฎหมายกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์
และวิธีการตรวจสอบสุขภาพของลูกจ้างและส่งผลการตรวจแก่
พนักงานตรวจแรงงาน พ.ศ. 2547

ข้อกำหนดพิเศษเกี่ยวกับงานความเสี่ยงสูง

งานที่อับอากาศ

- 1) ใบรับรองแพทย์ที่ระบุ “สามารถทำงานในที่อับอากาศได้” และผลตรวจไม่เกิน 6 เดือน
- 2) หลักฐานการฝึกอบรม “การทำงานในที่อับอากาศ” โดยหน่วยงานที่ขึ้นทะเบียนกับกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน
- 3) หากทำการอบรมโดยบริษัทผู้รับเหมาเอง ต้องมีหลักฐานการขึ้นทะเบียนวิทยากรแสดงมาด้วย

งานตั้ง รื้อถอนหนึ่งร้าน

- 1) ผ่านการอบรมหลักสูตรความปลอดภัยในงานหนึ่งร้าน ติดตั้งและรื้อถอนหนึ่งร้านและการทำงานบนที่สูง

งานไฟฟ้า

- 1) ผ่านการอบรมการทำงานกับไฟฟ้า พร้อมแสดงหลักฐานการฝึกอบรม

ผลการตรวจสอบสุขภาพต้องมาจากโรงพยาบาลเท่านั้น

**โรคติดต่อร้ายแรงประกอบด้วย อหิวาตกโรค, กาฬโรค, ไข้ทรพิษ, ไข้เหลือง, โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง เช่น วัณโรค โรคซาร์ส, โรคติดต่อเชื้อไวรัสอีโบล่า

การตรวจสอบสุขภาพของผู้รับเหมา ประจำในโรงงาน (Tier 1)

- 1) ตรวจสอบสุขภาพทั่วไป ความพร้อมทางกายภาพ *พร้อมระบุ ความดันโลหิต น้ำหนัก และส่วนสูง
- 2) โรคลมชัก / โรคประจำตัว
- 3) โรคติดต่อร้ายแรง**
- 4) CBC
- 5) การตรวจสมรรถภาพการไต่ขึ้น
- 6) X-ray ทรวงอก
- 7) Urine
- 8) การมองเห็น
- 9) สมรรถภาพปอด
- 10) สารเสพติด

บันจันเคลื่อนที่ได้

- 1) การอบรมหลักสูตรการปฏิบัติหน้าที่ผู้บังคับบันจัน ผู้ให้สัญญาณแก่ผู้บังคับบันจัน ผู้ยึดเกาะวัสดุ หรือผู้ควบคุมการใช้บันจัน
- 2) ผลตรวจสอบสุขภาพเกี่ยวกับตาบอดสี
- 3) เอกสาร ปจ. 2
- 4) ใบขับขี่ประเภท 3

ซ่อมบำรุงเครน

- 1) ผ่านการอบรมหลักสูตรซ่อมบำรุงเครน
- 2) ผ่านการอบรมหลักสูตรการทำงานบนที่สูง



NS BlueScope (Thailand) Limited



เลขที่บัตร.....

การขออนุมัติเข้ารับการฝึกอบรมเพื่อเข้าทำงานในบริษัทฯ

Approval requisition for training regard work in company



ประเภทบัตร:

ส่วนที่ 1 (Part 1) ประวัติผู้ขอ(Requestor History)		วันที่(Date)	
ชื่อ(Name)	สกุล(Surname)		
หมายเลขประจำตัวบัตรประชาชน(ID Number)	วันออกบัตร(Issue date)	วันหมดอายุ(Expiry date)	
ที่อยู่ปัจจุบัน			
(Current Address)			
โทรศัพท์(Tel.)			
บริษัท(Company)			
ที่อยู่บริษัท(Company's address)			
โทรศัพท์(Tel.)			
ลงชื่อ(Sign)	ผู้ขออนุมัติ(Requestor)	ลงชื่อ(Sign)	ผู้มีอำนาจลงนาม(Company Representative)
(.....)		(.....)	
ตำแหน่ง(Position)			
ส่วนที่ 2 (Part 2) การเข้ามาทำงานในบริษัท (Work in NS BlueScope (Thailand) Limited)			
ลักษณะงานที่ปฏิบัติ (Type of work) <input type="checkbox"/> งานซ่อมบำรุงทั่วไป <input type="checkbox"/> ผู้รับเหมาประจำ <input type="checkbox"/> พนักงานส่งของ <input type="checkbox"/> นักศึกษาฝึกงาน			
งานความเสี่ยงสูงที่ต้องมีเอกสารประกอบ <input type="checkbox"/> งานที่อัปอากาศ <input type="checkbox"/> งานนั่งร้าน ติดตั้ง/รื้อถอน <input type="checkbox"/> งานไฟฟ้า <input type="checkbox"/> งานเครื่องจักรกลหนัก			
(High risk work, Additional document required)			
ลงชื่อ(Sign)		หัวหน้างาน BlueScope	
(.....)		(Job Leader)	
ส่วนที่ 3 (Part 3) เอกสารที่ต้องเตรียม			
1 สำเนาบัตรประชาชน 1 ฉบับ		<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
2 รูปถ่ายแบบทางการขนาด 1 นิ้ว 2 ใบ		<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
3 สำเนาผลตรวจสุขภาพ(จากโรงพยาบาล) 1 ฉบับ		<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
4 กรณีปฏิบัติงานความเสี่ยงสูง ที่ขอเอกสารเพิ่มเติม		<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
ผลการพิจารณาสำเนาผลตรวจสุขภาพ		<input type="checkbox"/> ผ่าน	<input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน
		เนื่องจาก.....	
ลงชื่อ(Sign)	ผู้อนุมัติทำบัตร	ลงชื่อ(Sign)	พยาบาล BlueScope
(.....)	.../.../...	(.....)	.../.../...

PR-SFT-99001-F-01(04)

วันที่มีผลบังคับใช้(Effective Date) 14 Feb. 2019

สำหรับเจ้าหน้าที่ SSS, ดัด/ ลงทะเบียน/ และเคลือบบัตร

 	เลขที่บัตร
ติดรูปถ่าย	* บัตรนี้ใช้เฉพาะผู้ที่มีชื่อเป็นเจ้าของบัตรเท่านั้น
(Photo)	* ต้องติดบัตรนี้ตลอดระยะเวลาปฏิบัติงานในบริเวณบริษัท
1 "	* กรณีบัตรหายหรือชำรุดต้องแจ้งต่อหัวหน้างานเพื่อทำบัตรใหม่ทันที และชำระค่าบัตร 50 บาท
ในพื้นที่นี่	ลายเซ็นผู้ถือบัตร Holder's signature
<input type="checkbox"/> CON <input type="checkbox"/> CRN <input type="checkbox"/> FLT <input type="checkbox"/> ELE <input type="checkbox"/> ATW <input type="checkbox"/> HMS <input type="checkbox"/> SCF	Emergency contact number
	1. NS BlueScope (Thailand) Limited 0-3891 8300
	2. Emergency Call 3777
	3. First Aid Room 3555
	4. Gate #1, #2, #4 3190, 3191, 3193
	5. HSE Department 3666, 3246, 3148

กรุณาตอบแบบสอบถามสุขภาพด้านหลัง

คำถามด้านประวัติสุขภาพ

1. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่
☐ ไม่มี
☐ มี (ระบุ).....
2. ท่านมียาที่รับประทานเป็นประจำหรือไม่
☐ ไม่มี
☐ มี (ระบุ).....
3. ท่านสูบบุหรี่เป็นประจำหรือไม่
☐ ไม่สูบบุหรี่
☐ สูบบุหรี่ จำนวน.....มวน/วัน
4. ท่านดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่
☐ ไม่ดื่ม
☐ ดื่ม จำนวน.....แก้ว/วัน
5. ท่านออกกำลังกายเป็นประจำหรือไม่
☐ ไม่ได้ออกกำลังกาย
☐ ออกกำลังกาย จำนวน.....วัน/สัปดาห์
6. ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
7. ท่านรับประทานอาหารตรงตามเวลา สม่ำเสมอ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
8. ท่านเคยมีประวัติเข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาลจากการเจ็บป่วย/ผ่าตัดหรือไม่
☐ ไม่เคย
☐ เคย (ระบุ)..... เมื่อ (วัน/เดือน/ปี).....
9. ท่านเคยเกิดอุบัติเหตุระหว่างการทำงานหรือไม่
☐ ไม่เคย
☐ เคย (ระบุ)..... เมื่อ (วัน/เดือน/ปี).....
10. **เพศหญิง** ท่านอยู่ระหว่างการตั้งครรภ์หรือไม่
☐ ไม่ได้ตั้งครรภ์
☐ ตั้งครรภ์ อายุครรภ์..... เดือน