附件

健康登记表和健康承诺书

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 联系电话 |  |
| 工作单位及职务 |  | | | |
| 紧急联系人及姓名 |  | | 紧急联系人电话 |  |
| 近14天内有无出入新型冠状肺炎疫情中、高风险地区 | 有□ 没有□ | | | |
| 有无接触疑似、确诊新型冠状肺炎患者史 | 有□ 没有□ | | | |
| 有无核酸检测报告 | 有□ 没有□ | | | |
| 目前健康状况（有则“√”，可多选）  发热（ ） 咳嗽（ ） 咽痛（ ） 胸闷（ ）  腹泻（ ） 头痛（ ） 呼吸困难（ ） 恶心呕吐（ ）  其他不适症状  无上述异常状况（ ） | | | | |
| 其他需说明情况 | |  | | |

本人承诺以上提供资料真实准确，如有不实，本人愿意承担由此引起的一切后果及法律责任。

填报（承诺）人签名： 填报日期：