附件3

个人健康申报表

**报考岗位：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证号码 |  | | 手机号码 |  | |
| 家庭住址 |  | | | | |
| 14日内本人及共同生活的家人有无发烧、咳嗽等疑似症状 | | | | □有 □无 | |
| 14日内本人及共同生活的家人是否有与确诊、疑似、无症状感染者或医学观察人员接触 | | | | □有 □无 | |
| 14日内有无疫情严重地区人员接触史或该地区驻留史 | | | | □有 □无 | |
| 14日内有无离开浙江工作或旅行史 | | | | □有 □无 | |
| 14日内有无境外返回人员接触史 | | | | □有 □无 | |
| 14日内本人及共同生活的家人有无发烧、咳嗽等疑似症状 | | | | □有 □无 | |
| 14日内本人及共同生活的家人是否有与确诊、疑似、无症状感染者或医学观察人员接触 | | | | □有 □无 | |
| 本人对上述健康信息的真实性负责。如因提供不实信息造成疫情传播、流行，本人愿承担由此带来的相关法律责任。  申报人：  2020年 月 日 | | | | | |

**请如实填写并打印此表，于笔试当天上交考场内监考人员。**