

资格复审人员健康登记表和健康承诺书

姓名		联系电话	
工作单位及职务			
本人及共同居住人近 14 天内有无进出新冠肺炎疫情中高风险地区	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>		
本人及共同居住人有无接触疑似、确诊新冠肺炎患者史	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>		
有无接种新型冠状病毒疫苗	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	接种疫苗时间	
<p>目前健康状况（有则打“√”，可多选）</p> <p>发热（） 咳嗽（） 咽痛（） 胸闷（）</p> <p>腹泻（） 头疼（） 呼吸困难（） 恶心呕吐（）</p> <p>无上述异常症状（）</p>			
其他需要说明情况			

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

填报人签名：

填报日期：