|  |
| --- |
| 健康登记表和健康承诺书 |
| 姓 名 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  |
| 工作单位及职务 |  |
| 近14天内有无进出新型冠状病毒肺炎疫情中高风险地区 |  有 无  |
| 有无接触疑似、确诊新型冠状病毒肺炎患者史 |  有 无  |
| 有无核酸检测合格报告 | 有 无  |
| 是否接种新型冠状病毒疫苗 | 有 无  |
| 目前健康状况（有则打“√”，可多选）：发热（ ） 咳嗽（ ） 咽痛（ ） 胸闷（ ）腹泻（ ） 头疼（ ） 呼吸困难（ ） 恶心呕吐（ ） 无上述异常症状（ ） |
| 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：