

附件 2

健康登记表和健康承诺书

单位（盖章）：

姓 名		联系电话	
工作单位及职务			
紧急联系人姓名		紧急联系人电话	
本人及同居住人近 14 天内有无进出新型冠状病毒肺炎疫情中高风险地区	有 <input type="checkbox"/>	无 <input type="checkbox"/>	
本人及同居住人有无接触疑似、确诊新型冠状病毒肺炎患者史	有 <input type="checkbox"/>	无 <input type="checkbox"/>	
有无报到前 2 日内核酸检测合格报告	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	核酸采样时间	
有无接种完新型冠状病毒疫苗	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	接种疫苗时间	
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（承诺）人签名：

填报日期：