附件

**防疫健康申报承诺书**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | |
| 身份证号 |  | | 手机号码 |  | | |
| 工作单位或住址 |  | | | | | |
| **14天内旅居史、接触史及发热史情况** | | | | | | 备注 |
| 是否有国外旅居史 | | | | 是 □ | 否 □ |  |
| 是否有港、台旅居史 | | | | 是 □ | 否 □ |  |
| 是否有高、中风险地区旅居史 | | | | 是 □ | 否 □ |  |
| 是否有本土病例发生地暂未调整级别地区旅居史 | | | | 是 □ | 否 □ |  |
| 是否曾被诊断为新冠肺炎确诊病例或无症状感染者 | | | | 是 □ | 否 □ |  |
| 是否与新冠肺炎确诊病例或无症状感染者有密切接触 | | | | 是 □ | 否 □ |  |
| 是否与来自高、中风险疫情地区人员有密切接触 | | | | 是 □ | 否 □ |  |
| 本人及密切接触的家属及同事是否有发热等症状 | | | | 是 □ | 否 □ |  |
| 密切接触的家属及同事是否有中高风险地区、港台及国外境外旅居史。 | | | | 是 □ | 否 □ |  |
| 本人 年 月 日以来健康有如下异常情况：  无 □ 发热 □ 乏力 □ 咽痛 □ 咳嗽 □ 腹泻 □ 其他 | | | | | | |
| 其它需要说明的情况：（新冠病毒疫苗接种情况？） | | | | | | |
| 本人对上述提供的相关信息的真实性负责。如因不实信息引起疫情传播和扩散，本人愿承担由此带来的全部法律责任。  承诺人： 日期： 年 月 日 | | | | | | |