|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 健康承诺书 | | | |
| 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 |  |
| 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  （非必填项） | 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：

注：个人填写、人手一份、考试报到时上交，填报日期须为考前24小时内。