附件3

健康信息登记承诺书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **单位** |  |
| **1** | **14天内是否有境外旅居史、与境外回国人员直接或间接接触史？** | | |
| □是 □否  如有请说明： | | |
| **2** | **14天内是否有省外旅居或与来自疫区人员有密切接触史？** | | |
| □是 □否  如有请说明： | | |
| **3** | **截至报到当天：是否有共同生活亲属（含子女）从境外回国后，未满集中隔离14天且居家隔离14天情况？** | | |
| □是 □否  如有请说明： | | |
| **4** | **14天内本人是否有发热、咳嗽、咽痛、乏力、肌肉酸痛、胸闷、呼吸困难、腹泻等症状？** | | |
| □是 □否  如有请说明： | | |
| **5** | **重要情况报告：根据《关于当前常态化疫情防控的有关提醒》要求，是否存在“近期已前往中、高风险地区，或与相关人员有接触”等情况？**（中、高风险地区及相关人员遵照有关部门实时发布信息定义，请及时了解相关地区疫情防控最新情况和相关规定） | | |
| □是 □否  如有请说明： | | |
| **本人**  **签字** | **我承诺，上述信息如实填写，没有瞒报漏报！**  签 名：  年 月 日 | | |
| **单位**  **意见** | 单 位（盖章）  年 月 日 | | |