#### 健康承诺书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 联系电话 |  |
| 现工作单位及职务 （职级） |  | | |
| 紧急联系人姓名 |  | 紧急联系人电话 |  |
| 本人及共同居住人近14天内有无进出新型冠状病毒肺炎疫情中高风险地区 | 有 □ 无 □ | | |
| 本人及共同居住人有无接触疑似、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 □ | 核酸采样时间 |  |
| 有无接种新型冠状病毒疫苗 | 有 □ 无 □ | 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。

填报人： 填报日期：