附件3

全省标准化工作业务骨干能力提升培训班

学员健康登记表和承诺书

|  |
| --- |
| 申报人员填写以下内容： 姓名： 性别： □男 □女 出生日期： 身份证号码： 手机号码： 过去14天内居住地址：  14天内本人或共同居住的家属：（1）是否确诊为新冠肺炎患者或疑似患者、密切接触者 □是 □否（2）是否与确诊的新冠肺炎患者、疑似患者、密切接触者有接触史 □是 □否 （3）是否有境外旅居史、国内高中风险地区或其他有病例报告社区的旅居史 □是 □否（4）是否接触过来自境外或国内高中风险地区的发热或有呼吸道症状的患者 □是 □否14天内本人：（1）是否有发热、咳嗽、咽痛、胸闷、呼吸困难、恶心呕吐、腹泻、头疼等不适症状 □是 □否（2）是否曾在集中隔离医学观察场所留观 □是 □否（3）是否有其他不适。如有，请说明 □是 □否以上内容属实，本人对此负责。 填报人： 填报日期：  |