**健康承诺书**

姓名：

籍贯：

证件类型：□身份证 □其它：

证件号码：□□□□□□□□□□□□□□□□□□

手机号码：

居住地址：

**前21天内本人、共同居住人员、密切来往人员是否有以下情况：**

（1）被诊断为新冠肺炎确诊病例、疑似病例、无症状感染者或密切接触者：□是 □否。

（2）到过境外：□是 □否，如是请注明人员、时间、地点：

。

（3）到过湖北：□是 □否，如是请注明人员、时间、地点：

。

（4）到过外省：□是 □否，如是请注明人员、时间、地点：

。

（5）到过国内中高风险地区：□是 □否，如是请注明人员、时间、地点： 。

（6）发热、干咳等症状：□是 □否，如是请注明人员、就诊医院、时间及疾病名称： 。

**本人承诺：**以上内容属实，如隐瞒、虚报，本人自愿承担一切法律责任和相应后果。

签名： 申报时间：