附件2：

吉县2020年面向社会公开招聘医疗卫生专业技术人员考生健康管理信息承诺书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 |  |
| 现居住地 |  |
| 14天内是否离开山西（）是 （）否（若选“是”则转至右侧） |  目的地详细地址： |
|  返程日期： |
|  返程是否经过中高风险地区：（）是（）否 |
|  返程交通方式： （）飞机（班次： ） （）火车（班次： ） （）汽车（发车时间： ） （）自驾 （）其他  |
|  本人14天内居住地是否有新冠肺炎确诊病例、疑似病例或无症状感染者：（）是 （）否 |
|  本人是否为仍在隔离治疗期的新冠肺炎确诊病例、疑似病例或无症状感染者，以及 集中隔离期未满的密切接触者：（）是 （）否 |
|  本人是否有新冠肺炎确诊病例、疑似病例或无症状感染者密切接触史：（）是 （）否 |
|  本人14天内有无以下情况：（）发热 （）咳嗽 （）流涕 （）咽痛 （）咳痰 （）胸痛 （）肌肉酸痛 （）关节痛 （）气促 （）腹泻 （）无上述症状 |

**以上信息有选择项目的，请在相应文字前的（ ）内打“√”。**

**本人承诺以上提供的资料真实准确。如有不实本人愿意承担由此引起的一切后果和法律责任。**

 **承诺人（签字）： 日期： 年 月 日**