附件4：

长治市妇幼保健院

公开招聘聘用制工作人员健康监测登记表

姓名： 报考岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 出行  记录 | 是否入住酒店  或者宾馆 | | | 酒店或宾馆名称 | | 出发时间及乘坐航班、车次（自驾） | 返回时间及乘坐航班、车次（自驾） |
|  | | |  | |  |  |
| 姓名 |  | | | 毕业院校及专业 | |  | |
| 健  康  状  况  登  记 | 月 | 日 | 当日体温 | | 本人健康状况 | 家人健康状况 | 测温当日考生所在地区（单位） |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |

**备注：**按照疫情防控要求，请考生如实填写本人参加能力测试前14天内每日体温监测情况、本人及家人身体健康状况及测温当日考生所在地区。考生在进入考场时必须将此表交给工作人员。

考生签字： 联系方式：