附件

笔试人员健康管理信息承诺书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  | | |
| 近14天体温  是否异常 |  | 近14天是否有发热、咳嗽等相关症状 |  |
| 本人或者同住人是否为确诊、疑似患者或无症状感染者 |  | 本人或者同住人是否接触确诊、疑似患者或无症状感染者 |  |
| 近14天本人或同住人是否接触中高风险地区和境外返回人员 |  | 近14天是否处于隔离观察期 |  |
| 近14天本人或同住人是否到过中高风险地区 |  | 所在社区（村居）21天内是否发生疫情 |  |
| 近14天  是否境外返回 |  | 返回国家 |  |
| 核酸检测 ①阳性 ②阴性 ③不需要 | | | |
| 本人承诺：以上信息属实，如有虚报、瞒报，愿承担责任及后果。  签字：  年 月 日 | | | |