**疫情防控健康申报承诺表**

附件

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 联系电话 | |  |
| 参加活动人员类别（在□打√） | | 嘉宾□ 参加活动人员□ 工作人员□  其他人员□ | | | | |
| 工作单位及联系电话 | |  | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | |
| 是否有上呼吸道感染症状  否□ 是□  （如有症状填写此项） | | 出现症状时间： 年 月 日  □发热（ ℃） □咳嗽 □气促  □胸闷 □其他 | | | | |
| 共同居住人员是否有上呼吸道感染症状 否□ 是□  （如有症状填写此项） | | 出现症状时间： 年 月 日  □发热（ ℃）□咳嗽 □气促  □胸闷 □其他 | | | | |
| 本人会前入境不满28天或者14天内有中、高风险地区旅居史。如： | | | | | 否□ 是□  时间：  地点： | |
| 是否接触过上述重点地区发热病人或确诊肺炎病人（如有接触，须填写病人名字，关系，接触时间，联系电话等）。 | | | | 否□ 是□  接触史如下： | | |
| 14天内是否接触或到过国（境）外重点地区人员。 | | | | 否□ 是□  时间：  地点： | | |
| 是否被当地疾控部门或者村委会（社区）要求隔离。 | | | | 否□ 是□  时间：  地点 | | |
| 本人承诺：上述内容属实，如不属实本人将承担相关责任。  承诺人签名： 202 年 月 日 | | | | | | |