附件2：

个人身体健康状况监测表及承诺书

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名： 性别： 身份证号： 联系电话： | | | | | |
| 天数 | 日期 | 体温℃ | 本人及家人身体健康状况（打“√”） | 是否接触境外返回人员或中高风险地区人员（打“√”） | 备注 |
| 第 天 | 月 日 |  | 健康□ 不适□ | 是□  否□ |  |
| 第 天 | 月 日 |  | 健康□ 不适□ | 是□  否□ |  |
| 第 天 | 月 日 |  | 健康□ 不适□ | 是□  否□ |  |
| 第 天 | 月 日 |  | 健康□ 不适□ | 是□  否□ |  |
| 第 天 | 月 日 |  | 健康□ 不适□ | 是□  否□ |  |
| 第 天 | 月 日 |  | 健康□ 不适□ | 是□  否□ |  |
| 第 天 | 月 日 |  | 健康□ 不适□ | 是□  否□ |  |
| 第 天 | 月 日 |  | 健康□ 不适□ | 是□  否□ |  |
| 第 天 | 月 日 |  | 健康□ 不适□ | 是□  否□ |  |
| 第 天 | 月 日 |  | 健康□ 不适□ | 是□  否□ |  |
| 第 天 | 月 日 |  | 健康□ 不适□ | 是□  否□ |  |
| 第 天 | 月 日 |  | 健康□ 不适□ | 是□  否□ |  |
| 第 天 | 月 日 |  | 健康□ 不适□ | 是□  否□ |  |
| 第 天 | 月 日 |  | 健康□ 不适□ | 是□  否□ |  |
| 第 天 | 月 日 |  | 健康□ 不适□ | 是□  否□ |  |
| 第 天 | 月 日 |  | 健康□ 不适□ | 是□  否□ |  |
| 第 天 | 月 日 |  | 健康□ 不适□ | 是□  否□ |  |
| 第 天 | 月 日 |  | 健康□ 不适□ | 是□  否□ |  |
| 第 天 | 月 日 |  | 健康□ 不适□ | 是□  否□ |  |
| 第 天 | 月 日 |  | 健康□ 不适□ | 是□  否□ |  |
| 第 天 | 月 日 |  | 健康□ 不适□ | 是□  否□ |  |
| 第 天 | 月 日 |  | 健康□ 不适□ | 是□  否□ |  |
| 本人及家人身体不适情况、接触境外返回人员及中高风险地区返回人员情况描述 | | |  | | |
| 本人承诺：本人承诺如实填写，如有发热、乏力、咳嗽、呼吸困难、腹泻等病状出现，将及时报告，并立即就医。保证资格审查、面试考核前 14 天内，无新冠肺炎病史、隔离史和接触史，无疫情高风险区、中风险区和境外行程史，体温及身体状况一切正常。如有隐瞒行程、隐瞒病情和弄虚作假，愿意承担由此造成的一切后果及相应的法律责任。  本人签名：    年 月 日 | | | | | |