**健康承诺书**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 联系电话 | | |  |
| 工作单位（如有） |  | | | | | |
| 紧急联系人姓名 |  | | 紧急联系人电话 | | |  |
| 本人及共同居住人近14天内有无境内中高风险地区、港澳台地区、国外旅行史或居住史 | | | | 有□ 无□ | | |
| 本人及共同居住人有无接触疑似、确诊新型冠状病毒肺炎患者史 | | | | 有□ 无□ | | |
| 有无接种新型冠状病毒疫苗 | | 有□ 无□ | 是否已完成三针疫苗接种 | | 完成□  未完成□ | |
| 最后一针接种时间 | |  | 未完成三针疫苗接种原因： | | | |
| 目前健康状况（有则打“√”，可多选）：  发热（） 咳嗽（） 咽疼（） 胸闷（） 腹泻（） 头疼（）  呼吸困难（） 恶心呕吐（） 无上述异常症状（） | | | | | | |
| 其他需要  说明情况 | |  | | | | |

本人承诺以上提供的资料真实准确。如有不实，本人愿承担由此引起的一切后果及法律责任。

本人签名： 填报日期：