

附件

# 个人健康申报承诺书

填报日期： 年 月 日

姓名		报考岗位	
联系电话		身份证号	
有无以下情况：（在相应选项前打钩）			有此情况请 简单描述：
①14天内是否有发热、咳嗽、乏力、呕吐、腹泻等症状？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
②7天内是否有国内疫情中高风险地区（直辖市为区）旅居史？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
③10天内是否有国（境）外旅居史？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
④尚在执行居家或跟踪健康监测管理或与正在实施居家健康监测的家庭成员共同居住的？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
⑤7天内是否与新冠病毒感染者（确诊病例及无症状感染者）密切接触或行程有轨迹交叉？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
⑥是否接种新冠病毒疫苗？ A 完成加强针接种； B 已接但未种加强针； C 未接种			
需要申报的其他情况：			
<b>本人承诺：</b>			
①本人充分理解并遵守笔试期间各项防疫安全要求，自觉做好个人防护，自觉配合体温测量等防疫工作。			
②笔试期间如出现发热、干咳、鼻塞、流涕、咽痛、腹泻、肌痛、结膜炎、嗅觉味觉减退等异常情况，将自觉接受流行病学调查，并根据需要主动配合落实相关疫情防控措施。			
③本人在笔试期间严格遵守管理要求。			
④以上内容属实，如隐瞒、虚报、谎报，本人愿意承担相关法律责任和后果。			
			承诺人（签名）： 年 月 日