附件2

**健康承诺书**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 联系电话 |  |
| 工作单位及职务 | |  | | |
| 紧急联系人姓名 | |  | 紧急联系人电话 |  |
| 本人及共同居住人近7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□ | 接种疫苗时间 |  |
| 近7天健康监测状况（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。

填报人签名： 填报日期：