

附件 1:

## 个人健康信息承诺书

姓名:

身份证号:

准考证号:

| 天数  | 日期  | A、本人、家人及共同居住人员是否存在发热、乏力、咳嗽、呼吸困难、腹泻等病状  | B、是否有国内疫情中、高风险地区或国（境）外旅居史                             | C、是否密切接触人员  |
|---|-----|--|---|---|
| 第 1 天   | 月 日 | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>  | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| 第 2 天   | 月 日 | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>  | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| 第 3 天   | 月 日 | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>  | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| 第 4 天   | 月 日 | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>  | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| 第 5 天   | 月 日 | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>  | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| 第 6 天   | 月 日 | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>  | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| 第 7 天   | 月 日 | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>  | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| 第 8 天   | 月 日 | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>  | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| 第 9 天   | 月 日 | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>  | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| 第 10 天  | 月 日 | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>  | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| 第 11 天  | 月 日 | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>  | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| 第 12 天  | 月 日 | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>  | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| 第 13 天  | 月 日 | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>  | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| 第 14 天  | 月 日 | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>  | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| 从外地到考试城市的日期、出发地、途径地、交通方式（车次）、居住宾馆，请在右侧栏详细描述。（无此类情况请填写“无”） |     |  |   |   |
| 考生承诺  |     | 本人承诺：以上所填内容真实、准确、完整，如隐瞒、漏报情况造成危及公共安全后果，本人将承担相应的法律责任，自愿接受《治安管理处罚法》、《传染病防治法》和《关于依法惩治妨害新型冠状病毒感染肺炎疫情防控违法犯罪的意见》等法律法规的处罚和制裁。 |   |   |

打印后，本人签字。

签字: