附件2

**健康申报承诺书**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | |
| 身份证号 |  | 联系方式 |  | |
| 工作单位 |  | | | |
| 居住地址 |  | | | |
| **若有以下情况请勾选：**  1.近14天您是否去过中高风险地区。  2.近14天您是否与中高风险地区人员有过接触，共同生活、学习、工作。  3.近14天您是否与中高风险地区人员乘坐同一交通工具并近距离接触。  4.近14天您住过或到过的社区（村），有无发生新型冠状病毒肺炎病例？  5.近14天内是否有发热、咳嗽、头痛、乏力等症状。  6.近14天内有无到医院就诊。 （症状或疾病：）  7.其他情况可另写： | | | | □  □  □  □  □  □ |
| **本人承诺以上所填写情况属实，如有不实之处，本人承担所有责任。**  填写人签名： 日期： | | | | |