

附件：

健康承诺书

学员姓名		联系电话	
参训班级			
工作单位及职务			
紧急联系人姓名		联系人电话	
1	14 天内是否有境外旅居史、与境外回国人员直接或间接接触史？ 是□，否□		
2	14 天内是否进出疫情中高风险地区？ 是□，否□		
3	14 天内是否有子女、亲属从境外回国或近期是否有回国计划？ 是□，否□		
4	14 天内是否接触疑似、确诊新型冠状病毒肺炎患者史？ 是□，否□		
5	14 天内本人是否有发热（体温 $\geq 37.3^{\circ}\text{C}$ ）、咳嗽、乏力、腹泻等症状？ 是□，否□		
6	14 天内同住家庭成员是否有发热（体温 $\geq 37.3^{\circ}\text{C}$ ）情况？ 是□，否□		

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。

签名：

年 月 日