附件2

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健康登记表和健康承诺书 | | | | | |
| 姓 名 |  | 联系电话 | | |  |
| 现居住地 |  | | | | |
| 紧急联系人姓名 |  | 紧急联系人电话 | | |  |
| 本人及共同居住人  近14天内有无进出  新型冠状病毒肺炎  疫情中高风险地区 | 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 □ | | | | |
| 有无核酸检测  阴性报告 | 有 □ 无 □ | | 核酸采样  时 间 |  | |
| 有无接种两剂次新型  冠状病毒疫苗 | 有 □ 无 □ | | 接种疫苗  时 间 |  | |
| 目前健康状况（有则打“√”，可多选）：  发热（ ） 咳嗽（ ） 咽痛（ ） 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：