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21天内有无境外，14天内有无境内中高风险地区旅行史或居住史 | 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□ | | |
| 完成接种新型冠状病毒疫苗 | 是□ 否□ | 加强针接种时间 |  |
| 目前健康状况（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：