附件

考生健康管理信息承诺书

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 联系电话 |  |
| 健康监测（自考前7天起） | | | | | |
| 天数 | 监测  日期 | 早体温 | 晚体温 | 是否有以下症状  ①发热②乏力③咳嗽或打喷嚏④咽痛⑤腹泻⑥呕吐⑦黄疸⑧皮疹⑨结膜充血⑩都没有 | 当前健康状况  ①健康  ②其他（请详细说明） |
| 1 | 2.12 |  |  |  |  |
| 2 | 2.13 |  |  |  |  |
| 3 | 2.14 |  |  |  |  |
| 4 | 2.15 |  |  |  |  |
| 5 | 2.16 |  |  |  |  |
| 6 | 2.17 |  |  |  |  |
| 7 | 2.18 |  |  |  |  |
| 考试当天 | 2.19 |  |  |  |  |

本人承诺：以上信息属实，如有虚报、瞒报，愿承担责任及后果。

签字： 身份证号：