个人健康申报承诺书

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名 | |  | 性　　别 |  |
| 身份证号 | |  | 联系方式 |  |
| **工作单位** | |  | | |
| 居住地址 | |  | | |
| 近14天内接触及健康情　况 | **若有以下情况请勾选：**  1.近14天内是否有疫情中高风险地区居住史、旅行史。　　　　　　　　　□  2.近14天内是否与疫情中高风险地区人员共同居住、学习、工作。　　　　□  3.近14天内是否与疫情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天内外出（出市）情况。　　月　　日至　　日到  　　　　　　　　　　　　　　旅游、探亲、休假 | | | |
| 5.是否有发热、干咳、乏力、感冒等症状。　　　　　　　　　　　 □  6.近14天内有无到医院就诊。　　　　　　　　　　　　　　 □  （症状或疾病：　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 直系  亲属  健康  状况 | **若有以下情况请勾选：**  1.近14天内是否有与疫情中高风险地区人员接触史。　　　　　　　　 □  2．是否有发热、干咳、乏力、感冒等症状　　　　　　　　　　　 □  3.近14天内有无到医院就诊。　　　　　　　　　　　　　　 □  （症状或疾病：　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 其他需要说明的情况： | | | | |
| 签名：（申报人）  日期：2020年　 月　　日 | | | | |

注：本表作为申报使用，请如实填写。