附件1

参加体检人员信息表

报考单位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | | 出生年月  (岁) | |  | 照片 | |
| 民 族 | |  | | 籍 贯 | |  | | 出 生 地 | |  |
| 工 作  单 位 | |  | | | | | | 健康状况  （体温） | |  |
| 岗 位  代 码 | |  | | | | | 联 系  方 式 |  | | |
| 居住地详细地址 | | | | |  | | | | | | | |
| 近7天旅居接触史（中高风险） | | | | |  | | | | | | |
| 近7天体温情况 | | | | |  | | | | | | |
| 家  庭  共  同  居  住  成  员 | 称 谓 | | 姓 名 | | 近7天健康状况（体温） | | | | 近7天旅居接触史（中高风险） | | |
|  | |  | |  | | | |  | | |
|  | |  | |  | | | |  | | |
|  | |  | |  | | | |  | | |
|  | |  | |  | | | |  | | |
| 需要说明的  与疫情相关其他情况 | | | | |  | | | | | | | |
| 本  人  承  诺 | 本人承诺以上信息真实有效，如有隐瞒本人自愿承担相关责任。  签名（手写）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |