健康承诺书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 单位 |  |
| 手机号码 |  | 身份证号码 |  |
| 1、是否被诊断为新型冠状病毒肺炎确诊病例或疑似病例。 是□ 否□  2、是否与新型冠状病毒肺炎确诊病例或疑似病例密切接触。 是□ 否□  3、 过去14天是否与来自疫情高风险地区或有病例报告社区旅居史的人员密切接触。 是□ 否□  4、过去14天是否去过疫情高风险地区或有病例报告社区。 是□ 否□  5、过去14天是否被留验站集中隔离观察或留观后已解除医学观察。  是□ 否□  6、目前是否有发热、咳嗽、乏力、胸闷等症状。 是□ 否□  7、如有上述情况，请详细说明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  在此郑重承诺：本人填报、提交和现场出示的所有信息(证明)均真实、准确、完整、有效，并保证配合做好疫情防控相关工作。如有违反，本人自愿承担相关责任、接受相应处理。      本人承诺签字：  日期： | | | |