**健康状况登记表和健康承诺书**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 联系电话 |  |
| 报名岗位 |  | | |
| 近14天内有无进出新型冠状病毒肺炎疫情中高风险地区 | 有□ 无□ | | |
| 有无接触疑似、确诊新型冠状病毒肺炎患者史 | 有□ 无□ | | |
| 目前健康状况（有则打“√”，可多选）：  发热（ ） 咳嗽（ ） 咽痛（ ） 胸闷（ ）  腹泻（ ） 头痛（ ） 呼吸困难（ ） 恶心呕吐（ ） | | | |
| 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。

承诺人签名： 日期：