附件2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 联系电话 |  | |
| 来源地 |  |  |  | |
| 工作单位 |  | | | |
| 紧急联系人姓名 |  | 紧急联系人电话 | |  |
| 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 （ ） 腹痛（ ）头疼（ ）呼吸困难（ ）恶心呕吐（ ）  无上述异常症状（） | | | |
| 其他需要  说明情况 |  | | | |

健康承诺书

本人承诺以上提供的资料真实准确，如有不实，本人愿意承担由此引起的一切后果及法律责任。

**填报人签名： 填报日期：**