附件2

**健康登记表和健康承诺书**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 联系电话 |  |
| 参训班次名称 |  | | |
| 工作单位及职务 |  | | |
| 紧急联系人姓名 |  | 紧急联系人电话 |  |
| 本人及共同居住人报到前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□ | | |
| 本人及共同居住人有无接触疑似、确诊新型冠状病毒肺炎患者史 | 有□ 无□ | | |
| 本人及共同居住人报到前是否有21天有境外旅居史 | 有□ 无□ | | |
| 本人是否完成新冠肺炎疫苗全程接种或加强免疫接种 | 是□ 否□ | | |
| 本人有无报到前24小时核酸检测阴性报告 | 有□ 无□ | | |
| 目前健康状况（有则打“√”，可多选）：  发热（ ）咳嗽（ ）咽 痛（ ）胸 闷（ ）  腹泻（ ）头疼（ ）呼吸困难（ ）恶心呕吐（ ）  无上述异常症状（ ） | | | |
| 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。**

填报（承诺）人签名： 填报日期： 年 月 日