|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件3：  2021年遵义医科大学珠海校区委托  遵义人力资源有限公司公开招聘派遣制人员考生健康申明卡 | | | | | | | | | | |
| **为抓好疫情防控，根据《中华人民共和国传染病防治法》及国家相关法律法规，为了您和他人健康，请如实逐项填报，如有隐瞒或虚假填报，将依法追究相关责任。** | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | 手机号码 |  | |
| **14天内您有没有如下症状？（请在对应空格里面打√）** | | | | | | | | | | |
| 发热 |  | 干咳 |  | 乏力 |  | 鼻塞、流涕、咽痛、肌痛和腹泻等症状，请注明： | | |  | |
| **1**4天内您及家人的活动情况（请在对应空格里面打√） | | | | | | | | | | |
| 居家 |  | 是否到过武汉或湖北其它地区 |  | 是否到过省外其它地区 |  | 是否到过省内其它市州 |  | 是否到过国外 |  | 备注 |
| 到达时间： |  | 到达地点： | | 到达地点： | | 到达地点： | | 到达地点： | |  |
| 返回时间： |  | 返回时间： | | 返回时间： | | 返回时间： | | 返回时间： | |
| **14天内您及您的家人是否接触过以下哪些地区来的人员？（请在对应空格里面打√）** | | | | | | | | | | |
| 湖北或武汉 |  | 省内其它市州 |  | 省外 |  | 国外 |  | 都没有 |  | 备注 |
| 具体城市名称 |  | 具体城市名称 |  | 具体城市名称 |  | 具体国家名称 |  |  |
| **14天内您及您的家人是否接触过以下情况的人员？（请在对应空格里面打√）** | | | | | | | | | | |
| 14天内您是否接触过新冠肺炎患者 | | | | 是 |  | 具体情况： | | | | |
| 否 |  |
| 14天内您是否接触过有发热和/或呼吸道症状的患者 | | | | 是 |  | 具体情况： | | | | |
| 否 |  |
| 14天内您所居住社区是否曾报告有新冠肺炎病例 | | | | 是 |  | 具体情况： | | | | |
| 否 |  |
| 14天内您的家庭成员是否出现2例以上发热和呼吸道症状病例 | | | | 是 |  | 具体情况： | | | | |
| 否 |  |
| 您是否曾接受新型冠状病毒核酸检测、肺部CT | | | | 是 |  | 核酸阴/阳 | |  | CT是否异常 |  |
| 否 |  |  | | | | |
| **其它需要说明的可疑情况** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 本人承诺以上所填写内容真实，自愿承担相关法律责任。 | | | | | | | | | | |
|  | 签名： |  |  |  |  |  | 日期： |  |  |  |