附件2：

|  |
| --- |
| 资格复审人员近14天疫情防控记录表 |
| 姓名： | 性别：  | 身份证号： |   | 联系电话： |
| 日期 | 实际居住地址 | 当天活动范围 | 共同居住人姓名 | 身份证号 | 本人及共同居住人是否与确认病例、疑似病例等人员接触 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**本人承诺以上信息真实有效，如因错报、漏报、瞒报所造成的一切后果由本人承担。 本人签名**