附件

开阳县2020年教师资格认定人员健康情况申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | 身份证号码 | | | |  | | |
| 以下信息需要首次填报 | | | | | | | | | | | |
| 现居住地 | | 省（直辖市、自治区） 区（市、县） 街道（乡、镇） 街（巷） 号 | | | | | | | | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | | | | |
| 手机号码 | |  | | | | 电子邮箱 | |  | | | |
| 根据现场确认时间填写此表，填报内容指现场确认日前14天内本人有无：①发热、咳嗽、乏力等症状②境外旅居史③本人或家庭成员接触新冠肺炎确诊病例、核酸检测阳性患者及其密切接触者④是否有中、高风险地区行踪 | | | | | | | | ①有 □ 无 □ ②有 □ 无 □ ③有 □ 无 □  ④有 □ 无 □ | | | 有此情况请简单描述 |
| 以下信息包括考生本人及共同居住人，需要每日填报 | | | | | | | | | | | |
| 有无有发热、咳嗽、乏力等症状 | 月 日 | | 月 日 | 月 日 | 月 日 | | 月 日 | | 月 日 | 月 日 | 有此情况请简单描述 |
| 有 □ | | 有 □ | 有 □ | 有 □ | | 有 □ | | 有 □ | 有 □ |
| 无 □ | | 无 □ | 无 □ | 无 □ | | 无 □ | | 无 □ | 无 □ |
| 月 日 | | 月 日 | 月 日 | 月 日 | | 月 日 | | 月 日 | 月 日 |
| 有 □ | | 有 □ | 有 □ | 有 □ | | 有 □ | | 有 □ | 有 □ |
| 无 □ | | 无 □ | 无 □ | 无 □ | | 无 □ | | 无 □ | 无 □ |
| 有无与发热患者、新冠肺炎确诊病例、核酸检测阳性患者及其密切接触者密切接触 | 月 日 | | 月 日 | 月 日 | 月 日 | | 月 日 | | 月 日 | 月 日 | 有此情况请简单描述 |
| 有 □ | | 有 □ | 有 □ | 有 □ | | 有 □ | | 有 □ | 有 □ |
| 无 □ | | 无 □ | 无 □ | 无 □ | | 无 □ | | 无 □ | 无 □ |
| 月 日 | | 月 日 | 月 日 | 月 日 | | 月 日 | | 月 日 | 月 日 |
| 有 □ | | 有 □ | 有 □ | 有 □ | | 有 □ | | 有 □ | 有 □ |
| 无 □ | | 无 □ | 无 □ | 无 □ | | 无 □ | | 无 □ | 无 □ |
| 有无境外旅居情况 | 月 日 | | 月 日 | 月 日 | 月 日 | | 月 日 | | 月 日 | 月 日 | 有此情况请简单描述 |
| 有 □ | | 有 □ | 有 □ | 有 □ | | 有 □ | | 有 □ | 有 □ |
| 无 □ | | 无 □ | 无 □ | 无 □ | | 无 □ | | 无 □ | 无 □ |
| 月 日 | | 月 日 | 月 日 | 月 日 | | 月 日 | | 月 日 | 月 日 |
| 有 □ | | 有 □ | 有 □ | 有 □ | | 有 □ | | 有 □ | 有 □ |
| 无 □ | | 无 □ | 无 □ | 无 □ | | 无 □ | | 无 □ | 无 □ |
| 有无与14天内境外回国人员密切接触 | 月 日 | | 月 日 | 月 日 | 月 日 | | 月 日 | | 月 日 | 月 日 | 有此情况请简单描述 |
| 有 □ | | 有 □ | 有 □ | 有 □ | | 有 □ | | 有 □ | 有 □ |
| 无 □ | | 无 □ | 无 □ | 无 □ | | 无 □ | | 无 □ | 无 □ |
| 月 日 | | 月 日 | 月 日 | 月 日 | | 月 日 | | 月 日 | 月 日 |
| 有 □ | | 有 □ | 有 □ | 有 □ | | 有 □ | | 有 □ | 有 □ |
| 无 □ | | 无 □ | 无 □ | 无 □ | | 无 □ | | 无 □ | 无 □ |
| 有无其他需要申报的情况 | 月 日 | | 月 日 | 月 日 | 月 日 | | 月 日 | | 月 日 | 月 日 | 有此情况请简单描述 |
| 有 □ | | 有 □ | 有 □ | 有 □ | | 有 □ | | 有 □ | 有 □ |
| 无 □ | | 无 □ | 无 □ | 无 □ | | 无 □ | | 无 □ | 无 □ |
| 月 日 | | 月 日 | 月 日 | 月 日 | | 月 日 | | 月 日 | 月 日 |
| 有 □ | | 有 □ | 有 □ | 有 □ | | 有 □ | | 有 □ | 有 □ |
| 无 □ | | 无 □ | 无 □ | 无 □ | | 无 □ | | 无 □ | 无 □ |
| 本人承诺：上班和出入公共场所戴口罩、下班不聚会、不聚集。以上内容属实，如隐瞒、虚报、谎报，本人承担一切法律责任和相应后果。 | | | | | | | | | | | |
| 填报时间： 2020 年 月 日 | | | | | | |  | | 填表人（签名）： | | |