附件：

**个人健康情况筛查表**

填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  | |
| 工作单位及职务 |  | | | | | |
| 现详细居住地 |  | | | | | |
| 联系电话 |  | | | | | |
| 一、会前21天内本人有无：（在后面打勾）  1）发热、咳嗽、腹泻等症状：**□** 有 **□** 无  2）国内中高风险地区旅居史：**□** 有 **□** 无  3）接触新冠肺炎确诊病例、无症状感染者或密切接触者：**□** 有 **□** 无  二、是否有境外旅居史？：**□** 有 **□** 无  三、是否为仍处于康复或隔离期的病例、无症状感染者或密接者？  **□** 是 **□** 否  四、是否已接种新冠肺炎疫苗？：**□** 是 **□** 否 | | | | | | 有此情况请简单描述： |
| 其他需申报的情况： | | | | | | |
| 本人承诺：  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。  承诺人（签名）： | | | | | | |