**附件2：**

参会人员健康登记表和健康承诺书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 联系电话 |  |
| 工作单位及职务 |  |
| 紧急联系人姓名 |  | 紧急联系人电话 |  |
| 近7天内有无进出新型冠状病毒肺炎疫情中高风险地区 | 有□ 无□ |
| 有无接触疑似、确诊新型冠状病毒肺炎患者史 | 有□ 无□ |
| 48小时内核酸阴性证明 | 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：**