附件2

健康申报表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 准考证号码 |  |
| 身份证号码 |  | | 手机号码 |  | |
| 所在单位 |  | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | |
| 是否已接种新冠疫苗 | 已完成**全程**接种□ 已完成**首剂**接种□ **未**接种□ | | | | |
| 近14天是否有发热、咳嗽、气促等呼吸道症状？ | | | 是□ | | 否□ |
| 你及共同居住人近14天是否去过新冠肺炎疫情中高风险地区及所设的区县市？ | | | 是□ | | 否□ |
| 你是否与新冠确诊病例或疑似病例有密切接触？或是否与病例的密接者有过接触？ | | | 是□ | | 否□ |
| 近14天是否与来自新冠肺炎疫情中高风险地区人员有密切接触？ | | | 是□ | | 否□ |
| 你及共同居住人当前的健康状态是否有异常？ | | | 是□ | | 否□ |
| 备注说明（近14天出宁波大市的往返时间及使用交通工具情况等）： | | | | | |
| 本人对上述健康信息的真实性负责。如因提供不实信息造成疫情传播、流行，本人愿承担由此带来的相关法律责任。**申报人签名（手签）：**  年 月 日 | | | | | |

要求：此表由本人填写并上交工作人员。