附件7

**健康管理承偌书**

姓名： ；身份证号： ；

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **天 数** | **日 期** | | **A、本人、家人及共同居住人员是否存在发热、乏力、咳嗽、呼吸困难、腹泻等病状** | **B、是否有国内疫情中、高风险地区或国（境）外旅居史** | **C、是否（次）密切接触人员** |
| 第1天 | 月 日 | | 是□ 否□ | 是□ 否□ | 是□ 否□ |
| 第2天 | 月 日 | | 是□ 否□ | 是□ 否□ | 是□ 否□ |
| 第3天 | 月 日 | | 是□ 否□ | 是□ 否□ | 是□ 否□ |
| 第4天 | 月 日 | | 是□ 否□ | 是□ 否□ | 是□ 否□ |
| 第5天 | 月 日 | | 是□ 否□ | 是□ 否□ | 是□ 否□ |
| 第6天 | 月 日 | | 是□ 否□ | 是□ 否□ | 是□ 否□ |
| 第7天 | 月 日 | | 是□ 否□ | 是□ 否□ | 是□ 否□ |
| 第8天 | 月 日 | | 是□ 否□ | 是□ 否□ | 是□ 否□ |
| 第9天 | 月 日 | | 是□ 否□ | 是□ 否□ | 是□ 否□ |
| 第10天 | 月 日 | | 是□ 否□ | 是□ 否□ | 是□ 否□ |
| 第11天 | 月 日 | | 是□ 否□ | 是□ 否□ | 是□ 否□ |
| 第12天 | 月 日 | | 是□ 否□ | 是□ 否□ | 是□ 否□ |
| 第13天 | 月 日 | | 是□ 否□ | 是□ 否□ | 是□ 否□ |
| 第14天 | 月 日 | | 是□ 否□ | 是□ 否□ | 是□ 否□ |
| 资格审查当天 | 月 日 | | 是□ 否□ | 是□ 否□ | 是□ 否□ |
| 面试当天 | 月 日 | | 是□ 否□ | 是□ 否□ | 是□ 否□ |
| 考生承诺 | | **本人承诺：以上所填内容真实、准确、完整，如隐瞒、漏报情况造成危及公共安全后果，本人将承担相应的法律责任及后果。** | | | |

打印后，本人签字。 签字： 日期：