|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  |
| 身份证号码 |  | 手机号码 |  |
| 现居住地 |  |
| 本人及共同居住人近14天内有无进出新型冠状病毒肺炎疫情中高风险地区 | 有□ 无□ |
| 本人及共同居住人有无接触疑似、确诊新型冠状病毒肺炎疫情患者史 | 有□ 无□ |
| 有无核酸检测合格报告 | 有□ 无□ | 核酸采样时间 | 有□ 无□ |
| 有无接种新型冠状病毒疫苗 | 有□ 无□ | 接种疫苗时间 | 有□ 无□ |
| 目前健康状况（有则打“√”，可多选）：发热（ ） 咳嗽（ ） 咽痛（ ） 胸闷（ ）腹泻（ ） 头痛（ ） 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：  年 月 日  |

考生健康登记表和健康承诺书