附件3

健康申报表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 单位及职务 |  | |
| 14日内本人及共同生活的家人有无发烧、咳嗽等疑似症状 | | | | □有□无 |
| 14日内本人及共同生活的家人是否有与确诊、疑似、无症状感染者或医学观察人员接触 | | | | □有□无 |
| 14日内有无疫情严重地区人员接触史或该地区驻留史 | | | | □有□无 |
| 14日内有无境外返回人员接触史 | | | | □有□无 |

单位：

**本人郑重承诺以上所填内容均真实准确，如存在隐瞒的，愿意承担一切责任！**

**本人签名：**

**2021年 月 日**