附件4：

考试人员健康管理信息采集表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 考生姓名 |  | | 准考证号 | |  | |
| 身份证号 |  | | 联系电话 | |  | |
| 健康排查（流行病学史筛查） | | | | | | |
| 是否为治愈出院的确诊病例和无症状感染者 | 14天内是否有发热、咳嗽等症状 | 是否21天内有中、高风险等疫情重点地区旅居史 | | 是否28天内有境外旅居史 | 居住社区21天内是否发生疫情 | 是否为确诊病例、疑似病例、无症状感染者和尚在隔离观察起的密切接触者 |
|  |  |  | |  |  |  |
| 考  生  承  诺 | 本人参加**昌邑市妇幼保健院**招聘考试，现郑重承诺：  本人如实逐项填报健康信息，若有隐瞒、虚报旅居史、接触史、健康状况等疫情防控重点信息的，本人愿承担相应的法律责任。    考生签字（本人手签）：  2020年 月 日 | | | | | |